

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MIEUX COMPRENDRE CE QUI CONTRIBUE AU MAINTIEN DE LA DÉTRESSE
PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS :
UNE ÉTUDE DE CAS MULTIPLES

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT SUR MESURE EN SCIENCES INFIRMIÈRES
(PhD 1402)

PAR
NICOLE JACOB

JUIN 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

DOCTORAT SUR MESURE (PhD) (1402) (SCIENCES INFIRMIÈRES)
DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DU PERSONNEL DE LA SANTÉ

Direction de recherche :

Isabelle St-Pierre, inf. PhD

Directeure de recherche

Jacques-Bernard Gauthier, PhD

Codirecteur de recherche

Jury d'évaluation :

Dave Holmes, inf. PhD

Membre externe du jury d'évaluation de la thèse

Evy Nazon, inf. PhD

Membre du jury d'évaluation de la thèse

Annie Rioux-Dubois, IPSPL. PhD

Membre du jury d'évaluation de la thèse

Natalie Stake-Doucet, inf. PhD

Membre du jury d'évaluation de la thèse

Thèse soutenue le 27 octobre 2025

Sommaire

Problématique. Malgré les nombreuses recherches sur le sujet, la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers (DPII) se maintient depuis un demi-siècle, ce qui occasionne des conséquences négatives pour les gens qui la vivent, entraîne des coûts pour les institutions de santé et peut porter atteinte à la sécurité des patients. **Objectif.** L'objectif général de cette étude est l'exploration de la DPII sous le jour de son maintien (MDPII) en milieu hospitalier. **Architecture conceptuelle (ACÉPSI).** La création d'une architecture conceptuelle pour l'étude de phénomènes interdimensionnels (ACÉPSI) suit une démarche de problématisation de la littérature existante pour laquelle il fallut prendre appui sur les travaux de ceux qui sont devenus les auteurs-clés de cette recherche. En consolidant la pensée de Bourdieu pour l'individuel, de Boltanski et Thévenot pour le collectif et de Foucault pour le système, les pratiques sociales contribuant au phénomène du MDPII y sont vues sous l'angle de la violence symbolique, des conflits de valeurs et du pouvoir disciplinaire. **Méthode.** Cette recherche voulant rendre compte des pratiques sociales pressenties contribuer au MDPII, la préséance fut donnée à l'étude de cas multiples selon Stake (2006) sous la lunette de la phénoménologie des pratiques de Van Manen (2014, 2023). Une telle approche demandait une incursion dans le quotidien des unités de soins. C'est en qualité de vecteurs d'information que toutes les infirmières et infirmiers désirant participer à la recherche, possédant un permis de pratique valide et occupant des fonctions cliniques sur une des unités de soins du CISSS d'accueil, furent invitées-és à devenir des unités informationnelles infirmières (UIIs). Au total, neuf UIIs se sont prêtées à une entrevue à partir d'une plateforme de communication vidéo unifiée à distance (Zoom).

Lors d'une unique rencontre, un schéma d'entrevue semi-structuré a soutenu leur récit d'expérience à propos de quatre artéfacts-cas en tant que symboles de situations de travail quotidiennes (praxis). **Résultats.** Les verbatim ont permis d'isoler les praxis habilitantes et contraignantes pour chacun des artéfacts-cas. Sous la loupe de l'ACÉPSI, il y eu refonte des praxis contraignantes en un triptyque de patrons individuels, présents à chaque cas et témoins de la DPII. Par la suite, l'analyse intercas a mis en lumière deux mégapatrons et une convergence de la DPII pour les quatre artéfacts-cas signifiant la présence du MDPII. Au troisième niveau d'interprétation, un seul mécanisme source, témoin de la normalisation du MDPII dû à une partialité axiologique éludant toute possibilité de compromis, prend forme grâce à l'appareil de justification axiologique. **Principales conclusions de la recherche.** L'analyse suggère que le MDPII créé un impact négatif sur la santé des patients, un effet collatéral attendu. Quant aux enjeux terrains, ils favorisent une introspection à propos de l'autonomie des infirmières dans la pratique pour assurer le respect de leurs droits et ceux des patients, ils avivent l'idée d'une culture du soin qui place le patient au cœur de ses soins, ils soutiennent la tenue d'une formation liée à la compréhension des influences politiques sur le soin et ils s'adressent aux décisions législatives, réglementaires et administratives.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières	v
Liste des Tableaux	xvi
Liste des Figures	xvii
Liste des sigles et acronymes	xviii
Remerciements	xx
Introduction	1
Problème général de la recherche	6
Contextes à la DPII et ses conséquences	8
Contrecoup du Rapport Lalonde : désorganisation du réseau de la santé	8
Le Rapport Lalonde (1974) : les effets sur la DPII	10
La culture organisationnelle en tant que contexte de la DPII	11
Conséquences de la DPII pour les établissements de santé et les patients	12
Pistes de solution	14
Objectif général de recherche	14
Le chapitre en bref	15
Problème spécifique de la recherche	16
Démarche de recension des écrits scientifiques	17
Sélection de la documentation pertinente	17
Vision globale de l'état actuel des connaissances scientifiques	18
Pays ayant produit les études retenues	18
Perspectives disciplinaires et sectorielles des études retenues	19
Instruments de mesure utilisés	21
Construits apparentés à celui de la détresse psychologique	24
Problématisation	25
Remise en question des postulats sous-jacents aux études retenues	25
Premier postulat	26
Deuxième postulat	28
Troisième postulat	30

Exercice de « Box-Breaking ».....	31
Cartographie des résultats : naissance des idées maîtresses	31
Présentation des six groupes d'études de la cartographie.....	32
Présentation des auteurs pour articuler la défragmentation des idées maîtresses.....	38
Déconstruire pour mieux reconstruire : défragmentation des idées maîtresses.....	40
Objectifs spécifiques de la recherche.....	49
Le chapitre en bref...	50
Architecture conceptuelle pour l'étude de phénomènes sociaux interdimensionnels (ACÉPSI).....	53
Une architecture conceptuelle qui rompt avec les conventions	54
Une réunion sociophilosophique pour l'étude du MDPII	55
L'ACÉPSI et ses composantes.....	56
Les lieux	57
Les mondes.....	58
L'appareil de justification axiologique.....	59
Apport conceptuel de Bourdieu (1980)	60
Apport conceptuel de Boltanski et Thévenot (1991, 2022).....	64
Apport conceptuel de Foucault (1975)	67
Détresse psychologique	71
Le maintien de la DPII (MDPII).....	72
Le chapitre en bref...	73
Méthodologie et méthodes	76
Méthodologie et posture ontologique	78
Dispositif méthodologique et méthodes.....	79
Dispositif méthodologique	79
Stratégie de recherche : Stake (2006) et l'étude de cas multiples	79
Méthodes	80

Plan d'échantillonnage	80
Recrutement et ses critères	89
Collecte de données : instruments et déroulement	93
Processus d'analyse des données : trois niveaux d'interprétation herméneutiques	97
Premier niveau d'interprétation.....	98
Deuxième niveau d'interprétation.....	98
Troisième niveau d'interprétation	100
Considérations éthiques et intégrité méthodologique (rigueur scientifique)	101
Considérations éthiques.....	101
Intégrité méthodologique (rigueur scientifique).....	103
Le chapitre en bref...	106
Analyses et résultats.....	108
Artéfact-cas 1 – Horaires de travail	111
Premier niveau d'interprétation : de la pratique institutionnalisée vers les praxis au regard des récits des UIIs des deux sites du CISSS d'accueil	111
Contexte.....	111
Pratique institutionnalisée.....	112
Première praxis quotidienne : l'établissement des horaires de travail est soumis au droit de gérance	113
Deuxième praxis quotidienne : il y a contournement de la convention collective et du contrat d'embauche	114
Second niveau d'interprétation : les praxis contraignantes de l'horaire-cas au regard de l'ACEPSI selon la perspective des UIIs des deux sites.....	116
Première praxis contraignante : brime les infirmières de leurs droits	117
Deuxième praxis contraignante : nuit à la capacité des infirmières de concilier travail et obligations familiales/sociales.....	120
Expérience intersites de violence symbolique pour l'horaire-cas au regard des UIIs	124

Expérience de violence symbolique par suite d'actes de somatisation arbitraire et de coercition.....	124
Expérience de violence symbolique par suite d'acte de division	125
Expression de la détresse psychologique par les UIIs des deux sites pour l'horaire-cas.....	127
État dépressif	127
État anxieux	127
Irritabilité.....	128
Difficulté à comprendre le sens d'une consigne liée au contexte des soins	128
Artéfact-cas 2 – Polyvalence professionnelle infirmière	129
Premier niveau d'interprétation : de la pratique institutionnalisée vers les praxis au regard des récits des UIIs des deux sites	129
Contexte.....	129
Pratique institutionnalisée.....	130
Praxis quotidienne : il y a imposition d'une polyvalence professionnelle aux infirmières.....	130
Second niveau d'interprétation : la praxis contraignante de la polyvalence-cas au regard de l'ACÉPSI selon la perspective des UIIs des deux sites.....	132
Expérience intersites de violence symbolique pour la polyvalence-cas au regard des UIIs.....	136
Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de coercition	136
Expérience de violence symbolique à la suite d'acte d'inculcation	137
Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte d'injustice	137
Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de division.....	138
Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de domination	138
Expression de la détresse psychologique par les UIIs des deux sites pour la polyvalence-cas	139
État dépressif	139

État anxieux	140
Irritabilité	140
Difficulté à comprendre le sens d'une consigne liée au contexte des soins	140
Artéfact-cas 3 – Tableau de répartition des patients	141
Premier niveau d'interprétation : de la pratique institutionnalisée vers les praxis au regard des récits des UIIs des deux sites	141
Contexte.....	141
Pratique institutionnalisée.....	141
Praxis quotidienne : l'établissement du tableau de répartition des patients est soumis au droit de gérance	142
Second niveau d'interprétation : les praxis contraignantes du tableau-cas au regard de l'ACÉPSI selon la perspective des UIIs des deux sites.....	143
Première praxis contraignante : impose aux infirmières des deux sites d'accepter une charge de travail inégale entre les bulles (équipes de travail).....	144
Deuxième praxis contraignante : une charge de travail inégale peut résulter en des soins non sécuritaires pour les patients	146
Expérience intersites de violence symbolique pour le tableau-cas au regard des UIIs.....	149
Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de division.....	149
Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de somatisation arbitraire.....	149
Expression de la détresse psychologique par les UIIs des deux sites pour le tableau-cas	151
Étant dépressif	151
État anxieux	151
Irritabilité	152

Difficulté à comprendre le sens d'une consigne liée au contexte des soins	152
Arterfact-cas 4 – Uniforme infirmier	153
Premier niveau d'interprétation : de la pratique institutionnalisée vers les praxis au regard des récits des UIIs des deux sites	153
Contexte.....	153
Pratique institutionnalisée.....	153
Praxis quotidienne : l'uniforme infirmier est soumis à un vide réglementaire	154
Second niveau d'interprétation : les praxis contraignantes de l'uniforme-cas au regard de l'ACÉPSI selon la perspective des UIIs des deux sites.....	155
Première praxis contraignante : créé de l'hétérodoxie quant à la perception du professionnalisme	156
Deuxième praxis contraignante : impose aux infirmières d'accepter un manque de visibilité professionnelle dans l'unité de soins.....	159
Expérience intersites de violence symbolique pour l'uniforme-cas au regard des UIIs	162
Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte d'injustice	162
Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de coercition	163
Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de domination	163
Expression de la détresse psychologique par les UIIs des deux sites pour l'uniforme-cas	165
État dépressif	165
État anxieux	165
Irritabilité	165
Difficulté à comprendre le sens d'une consigne liée au contexte des soins	166
En conclusion du premier niveau d'analyse : tableaux sommaires des quatre artéfacts-cas pour les deux sites	166

Second niveau d'interprétation – Analyse intercas	170
Valeurs adoptées par les acteurs.....	171
Analyse intercas de type vertical : les valeurs au regard des UIIs des deux sites	171
Analyse intercas de type horizontal : les valeurs au regard des UIIs des deux sites	173
Découverte d'un premier mégapatron intersites : instabilité des systèmes de valeurs	179
Éléments structurants du MDPII	180
Analyse intercas de type vertical : éléments structurants du MDPII à l'intérieur de chaque cas au regard des UIIs des deux sites	181
Analyse intercas de type horizontal : éléments structurants du MDPII dans les quatre cas au regard des UIIs des deux sites.....	181
Découverte d'un second mégapatron intersites : perception d'oppression professionnelle des UIIs.....	188
Portrait global du MDPII.....	189
État dépressif intersites et intercas.....	189
État anxieux intersites et intercas	191
Irritabilité intersites et intercas	192
Incompréhension intersites et intercas d'une consigne liée au contexte des soins.....	194
Troisième niveau d'interprétation : projecteur sur le mécanisme au cœur du MDPII	195
Cartographie des systèmes de valeurs	196
Premier système de valeurs auquel se réfèrent les UIIs : affinité avec le monde civique.....	196
Second système de valeurs auquel se réfèrent les UIIs : affinité avec le monde domestique.....	197

Troisième système de valeurs tel que perçu par les UIIs : affinité au monde industriel	199
Mécanismes sous-jacents au MDPII	200
Conflits de valeurs entre deux UIIs d'un même monde : les litiges.....	203
Conflits de valeur entre deux UIIs issues de mondes différents : les disputes	212
Pluralité de systèmes de valeurs chez une UII	221
Démonstration de la normalisation du MDPII par un mécanisme unique transversal à l'ensemble des interactions	231
Influence de l'habitus dans les rapports de force	232
Activation des capitaux à l'aide du pouvoir disciplinaire	233
Normalisation du MDPII en tant que résultante de l'utilisation exclusive d'un appareil de justification axiologique au service d'un rapport de force.....	234
Le chapitre en bref...	235
Discussion	238
Analyse critique de l'ACÉPSI	239
ACÉPSI en tant que création unique.....	239
Évolution de l'ACÉPSI en réponse à l'analyse des données	242
ACÉPSI : exploration d'un impact négatif émergent.....	243
Consolidation de la pensée des auteurs-clés.....	247
Discussion des résultats	248
Manière dont les pratiques sociales, ancrées dans les relations intercollectives, alimentent le MDPII en s'appuyant sur la conception des conflits de valeurs entre les mondes selon Boltanski et Thévenot	248
Pouvoir d'influence entre collectivités d'infirmières	249
Liberté managériale et favoritisme : un tandem conflictuel	250
Sous-utilisation des compétences infirmières : un regard sur l'impact négatif émergeant du MDPII	251

Manière dont les pratiques sociales, ancrées dans les relations avec l'organisation, alimentent le MDPII en s'arrimant à la description du pouvoir disciplinaire selon Foucault.....	255
Perception ou réalité : quel statut accorder à l'oppression professionnelle?	256
Culture du soin versus culture de service	257
Soumettre la santé humaine à la technocratie.....	263
Manière dont les pratiques sociales, ancrées dans les relations interindividuelles, alimentent le MDPII en s'appuyant sur la conception de la violence symbolique selon Bourdieu	267
Rapports de force entre collègues.....	267
Le syndrome de la Reine des abeilles.....	268
Soumission à l'autorité	269
En résumé de la discussion.....	274
Les recommandations.....	275
Pratique.....	276
Recommandation visant les droits professionnels et le TSO	277
Recommandation visant la sécurité lors des déplacements inter unités	278
Recommandation visant la répartition inéquitable de la charge de travail	279
Recommandation visant la visibilité professionnelle et l'uniforme	279
Recommandation visant l'habitus et la communication professionnelle	280
Gestion.....	282
Recommandation visant le respect des ententes collectives et conciliation travail-vie personnelle	282
Recommandation visant la réévaluation des déplacements dans le cadre de l'IPP	283
Recommandation visant l'équité dans la répartition de la charge de travail	284

Recommandation visant la clarification du cadre vestimentaire pour améliorer la visibilité professionnelle.....	284
Formation	285
Recommandation visant la formation universitaire et l'analyse des rapports de pouvoir	286
Recommandation visant la préparation au rôle d'AIC et le développement du leadership infirmier	287
Politique.....	288
Recommandation visant la reconnaissance législative du MDPII comme risque psychosocial professionnel	288
Recommandation visant la mise en place d'un mécanisme d'audit indépendant des pratiques managériales.....	289
Recommandations visant un soutien financier et législatif à la conciliation travail-famille dans les professions de soin	289
Recommandations visant la valorisation politique du rôle infirmier dans les politiques de santé publique	289
Contributions et retombées possibles de la présente étude	290
Contribution d'une démarche de problématisation au champ disciplinaire	290
Contribution de l'ACÉPSI : projecteur sur l'étude de phénomènes sociaux	292
Forces et limites de l'étude	293
Concernant la posture de l'étudiante en recherche doctorale: forces et limites entremêlées	293
Concernant la forme de l'étude	293
Concernant le contenu	294
Concernant l'intégrité des résultats	295
Concernant les limites inexplorées.....	296
Le chapitre en bref...	296
Conclusion	299
Références	304

Appendice A.....	341
Appendice B.....	344
Appendice C.....	347
Appendice D.....	350
Appendice E	357

Liste des Tableaux

Tableau

1	Algorithme de recherche et bases de données consultées	19
2	Contribution des cinq continents à l'étude de la DPII	20
3	Instruments de mesure utilisés par les auteurs des études retenues	22
4	Cartographie des résultats des études retenues	33
5	Les trois mondes retenus de Boltanski et Thévenot et leur régime d'action	67
6	Le pouvoir disciplinaire selon Foucault	69
7	Éléments structurants du MDPII	74
8	Sommaire intersites des pratiques institutionnalisées et des praxis	167
9	Sommaire des patrons intersites pour les quatre cas	168
10	Sommaire de l'expression intersites de la DPII pour les quatre cas	169
11	Rapprochement entre les propos des UIIs et les régimes d'action de Boltanski et Thévenot (1991, 2022)	201
12	Éléments structurants de la résolution d'un conflit	247

Liste des Figures

Figure

1	Organigramme du processus menant aux articles retenus	20
2	Structure interdimensionnelle du MDPII	42
3	Schéma de l'ACÉPSI	57
4	Illustration des artéfacts-cas au cœur de la présente étude de cas multiples	84
5	Aperçu du processus de recherche et d'analyse	99
6	Vision éclatée de l'appareil de justification axiologique	202
7	Perception de manque de solidarité : litige	212
8	Représentation du professionnalisme : dispute	222
9	Droits attendus selon le cas : pluralité de systèmes de valeurs chez une UII	231
10	Illustration du mécanisme source du MDPII	233
11	Schéma ajusté de l'ACÉPSI	244
12	Schéma relativisé de l'ACÉPSI	246

Liste des sigles et acronymes

ACÉPSI	Architecture conceptuelle pour l'étude de phénomènes sociaux interdimensionnels
AIC(s)	Assistante(s) infirmière(s) cheffe(s)
AIC/TRH	Assistante infirmière cheffe et technicienne des ressources humaines
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
COVID	Maladie à coronavirus
DASS	Depression Anxiety Scale
DPII	Détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers
DSI	Direction des soins infirmiers
FSI	Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
MDPII	Maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
TRH	Technicienne des ressources humaines
TS	Temps supplémentaire
TSO	Temps supplémentaire obligatoire
UII(s)	Unité(s) informationnelle(s) infirmière(s)
UQO	Université du Québec en Outaouais

À la mémoire de Gaby, ma mère

Remerciements

Chaque événement vécu, chaque être rencontré, ont sculpté la personne que je suis devenue. Et ainsi il en va de la thèse. Au cours de ce long périple se sont multipliés les concepts, les ébauches et les chapitres (interminables!), parfois brouillés par des épisodes de maladie. Mais ce voyage fut surtout peuplé de gens extraordinaires que je tiens ici à remercier chaleureusement.

Un merci tout particulier va à la directrice de thèse, Mme Isabelle St-Pierre PhD et au codirecteur de thèse M. Jacques-Bernard Gauthier PhD. Encore gravé dans leur mémoire, se trouve ce premier griffonnage à la mine laissant présager que ma thèse serait rédigée au moyen des règles de la théorie du chaos. Ce fut à grands coups de rigueur scientifique, en passant tour à tour de la bassinette au BBQ, que l'ordre a finalement émergé de cette anarchie intellectuelle. Malgré que mon intérêt versé vers tous azimuts ait mis à rude épreuve votre patience, je vous remercie d'avoir continué de croire en moi, de me supporter, de me fournir de précieux outils et ainsi permettre la réalisation d'un rêve de vie pour lequel je vous suis redevable.

Que les infirmières et infirmiers ayant participé à cette étude trouvent ici toute ma reconnaissance et mon profond respect. Ces moments précieux de partage seront à jamais gravés – dénominalisés et agrégés bien sûr! – dans l'univers de la recherche.

J'ai également une pensée toute spéciale pour ma sœur Pauline ainsi que pour mes amis Myriam Scalabrini, Jasmine Thériault et Pierre Légaré pour leur patience dans la relecture de ce document.

Sur un plan plus personnel, il serait inconcevable de passer outre les moments de détente qu'a souvent initiés Geneviève Gagnon, une très chère amie de longue date, lorsqu'elle me voyait verte de fatigue. Son hospitalité fut tout particulièrement appréciée lorsque mon cerveau était aux prises avec un monologue scientifique à propos de l'analyse des données.

J'aimerais conclure ces remerciements en dédiant cette thèse à deux êtres d'exception qui partagent ma vie. Mon mari Shawn Aitken m'a gracieusement accompagnée et encouragée du début à la fin de cette folie intellectuelle qui m'a animée toutes ces années. Il m'a servi d'ancrage lors des moments les plus difficiles et les plus noirs de la rédaction. Quant à ma fille Maude, qu'elle trouve écrit noir sur blanc tout l'amour que je lui voue pour avoir si gracieusement renoncé à ces moments mère-fille afin que « mommy-chou » puisse terminer son doctorat.

Enfin, merci à toutes celles et tous ceux que j'ai bien involontairement passés sous silence mais qui ont un jour croisé mon chemin et qui m'ont permis d'être là où j'en suis aujourd'hui...

Introduction

Le point d’ancrage de ma préférence thématique, la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers (DPII), est le fruit d’une réflexion professionnelle et personnelle ce qui me porte à croire que cette thèse a une âme. Dès mon premier stage en milieu hospitalier, j’ai eu à côtoyer l’incivilité, le désintérêt et même l’automédication de consœurs expérimentées, mais épuisées, qui m’affirmaient que la seule façon de « passer au travers » était de s’endurcir en se créant une carapace. Croyant pouvoir suppléer à ce « problème », j’ai pris la route de l’université où la production d’une étude corrélationnelle prédictive (Jacob, 2013) s’avérait une plate-forme de choix pour la création d’une intervention aidante ancrée dans le développement de la hardiesse des infirmières (Maddi, 2006; Maddi & Kobasa, 1984).

Une exploration scientifique révéla que la DPII a un large passif à la fois sur le plan historique – s’étendant sur un demi-siècle – que géographique – puisqu’elle n’est pas que le lot de l’Occident : la DPII est présente tous pays confondus. Conséquemment, et au fil du temps, un doute m’a habité quant à cette façon « objective » d’aborder la DPII. En considérant que la DPII puisse se développer en cours d’interactions dans le milieu de travail, cette réflexion, doublée d’une recension des écrits, ont mis en lumière que le poids de la DPII fut trop souvent réduit à un facteur humain ou causal, tel le fruit d’une structure de la personnalité de chacun, plutôt qu’à un phénomène collectif. Ce fut un tournant décisif au niveau doctoral. La lentille passerait de l’étude des faiblesses du facteur humain dans les organisations pour se tourner vers une étude qualitative des pratiques sociales soutenues

par certains groupes sociétaux. Chercheure quantitative dans l'âme, certains verront la production d'une thèse qualitative d'interprétation critique, tel un revirement de position ontologique comme si celles-ci s'opposaient l'une à l'autre. Néanmoins, une expérience professionnelle m'a enseigné que chaque personne est unique et que chaque recherche possède son unicité, car au service de son objectif. Les démarches en réaction à l'identification des lacunes (*Gap Spotting*), notamment celle que j'ai empruntée dans cette thèse, s'appuient sur la réflexivité. C'est ainsi que pour la compréhension du MDPII, une introspection critique, un retour sur moi, a précédé l'identification des lacunes dominant les résultats des études retenues et m'a permis d'explorer d'autres formes de connaissances et ainsi contribuer à une émancipation sociale

Cunliffe et Jun (2005) voient la réflexivité critique en tant qu'outil pour défier les aberrations et les inconséquences qui se cachent sous les pratiques hégémoniques. Un foyer de trois ordres de réflexivité (Cunliffe, 2003), a fait corps avec cette étude de cas multiples. Le premier ordre de réflexivité de Cunliffe (2003) touche l'objet de recherche selon les trois premiers plans d'interprétation inspirés d'Alvesson et Sköldberg (2009, 2018). Ainsi, l'ensemble de la recherche atteste d'une congruence qualitative et herméneutique : bien que la production d'un mémoire (Jacob, 2013) m'ait fourni une perspective quantitative de la détresse psychologique, l'objet de recherche fut encadré par le choix d'un thème inductif et d'une question inédite, et la recension des écrits fut considérée sous l'angle de l'objectivation des formes de pouvoir qui articulent la réalité du phénomène dans un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) d'accueil et non en fonction d'un problème qui m'était familier en raison de mes expériences et travaux de recherche antérieurs. De

plus, afin de s'éloigner du particulier d'un problème et plutôt embrasser une constance, la recension des écrits fut enrichie d'une démarche de problématisation articulée par la consolidation inédite d'auteurs-clés et la création d'une architecture conceptuelle destinée à l'étude de phénomènes sociaux interdimensionnels (ACÉPSI). Le dispositif méthodologique fut chapeauté par quatre cas intimement liés à la pratique infirmière du CISSS d'accueil.

Le deuxième ordre de réflexivité de Cunliffe (2003) correspond, pour l'essentiel, au quatrième plan d'interprétation d'Alvesson et Sköldberg (2018) et consiste, pour cette recherche, en une interprétation réflexive quant au choix d'une démarche d'analyse. Cintrer la recherche par l'objectivation des formes de pouvoir ne signifie pas que cette approche fut privilégiée au détriment des autres. Ce sont les résultats des études retenues lors de la recension qui ont aiguillonné mon attention sur un aspect de la DPII, soit son maintien, que Bourdieu présente comme le reflet, voire même le symptôme, de mécanismes de reproduction sociale et culturelle en tant que produit de stratégies élaborées (Bourdieu, 1977). Dans cette thèse, la compréhension du maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers (MDPII) passe par la consolidation interdimensionnelle d'auteurs-clés et de leurs théories sociologiques, lesquelles s'établissent comme la violence symbolique, les conflits de valeurs et le pouvoir disciplinaire.

Enfin, Cunliffe (2003) associe le troisième ordre à la réflexivité radicale, qui s'est avéré un point d'ancrage pour concilier mon parcours de vie professionnelle et personnelle à ma recherche. Il va sans dire que cette thèse a servi à interroger *ma* relation et *mon* expérience

avec le monde infirmier, sa nature complexe et interactionnelle tout autant qu'à faire le point sur ma façon de construire et de rendre compte du sujet abordé, dans le plus grand respect de la rigueur scientifique, tout en faisant la lumière sur mes à priori, mes opinions, mes préoccupations et la DPII dont j'ai moi-même été témoin. Mais parce que cette réflexivité radicale est complice des rencontres avec les infirmières et infirmiers qui ont accepté de servir de vecteurs d'information, elle appartient au chapitre Conclusion où la lectrice et le lecteur, après avoir pris connaissance du contenu de l'étude, pourront en apprécier toute la richesse.

Problème général de la recherche

Il faut interroger les circonstances qui entourent la détresse psychologique dont souffre encore le personnel infirmier¹ en 2025. Au Canada, la genèse de la DPII serait à mettre en lien avec le Rapport Lalonde, un document de travail intitulé *Nouvelle perspective de la santé des canadiens* (Lalonde, 1974), dont l'objectif était de comprendre les problèmes et les causes sous-jacents dans le « système de distribution des soins » (p. 5) et de « [...] prévoir le mode légitime d'intervention fédérale qui s'impose » (p. 7).

Ce Rapport fut publié alors que Marc Lalonde était ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada. À la suite d'une décision politique, le Rapport Lalonde (Lalonde, 1974) a voulu transformer la conception traditionnelle du « domaine de la santé » en identifiant que la « santé », jusqu'alors assurée exclusivement par la médecine, devait être réévaluée en faisant porter la responsabilité de l'état de santé de la population sur divers facteurs. Les objectifs du Rapport ont donné lieu à des transformations profondes du système de santé canadien puisqu'il prévoit une refonte devant amener une meilleure ventilation des responsabilités et des coûts. Quatre axes de refonte y sont identifiés : l'organisation des soins de santé, la biologie humaine, l'environnement et le comportement humain. Selon ce Rapport, la biologie humaine fait appel à une responsabilité scientifique pour l'accroissement des connaissances en la matière,

¹ Dans la mesure du possible, cette thèse utilise la rédaction épicène. Cependant, dans le respect d'une profession à prédominance féminine, une difficulté d'adhérer à cette règle sera contournée en utilisant le féminin, sans distinction de genre, pour désigner tant les infirmières que les infirmiers.

l'environnement invoque une responsabilité sociale/communautaire pour l'assainissement des milieux tandis que le comportement humain s'en remet d'une décision personnelle quant à la prise en charge de sa santé par le citoyen. Seule l'organisation des soins de santé devait dépendre de l'enveloppe budgétaire consacrée à la santé. Dans les années qui ont suivi la parution de ce Rapport, l'enveloppe budgétaire consacrée à la santé a subi plusieurs coupures de sorte que de nombreuses réorganisations du système de santé ont été mises en place afin de répondre aux recommandations de celui-ci (Lalonde, 1974) et aux rapports subséquents de Santé et services sociaux Québec (SSSQ, 2009).

Contextes à la DPII et ses conséquences

Contrecoup du Rapport Lalonde : désorganisation du réseau de la santé

Au Québec, les réformes successives du réseau de la santé, par exemple fusions d'établissements, centralisation des services, fermetures d'hôpitaux, ont entraîné de nombreux départs à la retraite et amplifié la pénurie de personnel. Cette perte d'expertise et l'alourdissement des tâches qui en découlent contribuent à accentuer la détresse psychologique des infirmières et à en maintenir les manifestations dans le quotidien des soins. Dans une perspective foucaldienne, comprendre la détresse psychologique au travail suppose de la replacer dans une histoire des modes de gouvernance qui façonnent le champ de la santé. Depuis le Rapport Lalonde (1974), les politiques publiques au Québec et au Canada ont progressivement déplacé l'attention du soin vers la performance, de la prévention vers la gestion du risque, de la responsabilité collective vers la responsabilité individuelle. Ces transformations, issues de réformes successives et de la centralisation des structures, traduisent une rationalité nouvelle du pouvoir, celle d'un gouvernement des

conduites qui, sous couvert d'efficacité, modèlent les comportements professionnels et les subjectivités au travail. C'est dans cette continuité historique que s'inscrit le phénomène du MDPII.

Un document produit par Santé et services sociaux Québec (SSSQ, 2009) est ici utilisé pour dresser un portrait des grandes lignes de ces réformes entre les années 1960 et 1990 et ainsi mettre en lumière les contraintes initiées par le Rapport Lalonde. Au milieu des années 1960, le désir d'un développement social sain a donné lieu, au Québec, à la création de la Loi sur l'assurance maladie (1970), à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971) et à une nouvelle orientation du système de santé canadien (Lalonde, 1974) en appelant de nouvelles stratégies de gestion. Dès 1980, la complexité des transformations du système de santé québécois demande de mettre en place de nombreuses réorganisations et réorientations pour assurer la consolidation de ce dernier. À la suite des restrictions budgétaires et des coupures de personnel, la fin des années 1980 fut le théâtre de « [...] signes d'essoufflement : les listes d'attente s'allongent dans quelques secteurs; les urgences des hôpitaux sont souvent engorgées; on déplore la vétusté de certaines installations et de certains équipements; [...] » (SSSQ, 2009, p. 41). Au début des années 1990, à la vue du coût exorbitant des programmes sociaux, la Commission Rochon (Rochon, 1988) recommande une décentralisation administrative et une régionalisation servant à freiner le rythme d'augmentation des dépenses publiques liées à la santé et aux services sociaux et ainsi rendre le système québécois plus performant. Dès lors, relativement à la santé au Québec, l'obligation d'offrir des services de qualité accessibles et continus est substituée par l'obligation d'une gestion fondée sur des résultats favorisant

la responsabilité des individus, des familles, des institutions, des entreprises et des pouvoirs publics. Toujours dans les années 1990, la fragilité de la capacité de payer des Québécois donne lieu à une nouvelle transformation du système de santé qui exige de s'appuyer sur des « [...] éléments structurels stratégiques et des principes d'action » (SSSQ, 2009, p. 42). En 2005, le système de santé dut franchir une étape importante qu'est de clarifier les responsabilités des divers paliers du réseau, ce qui demanda l'adoption du projet de loi 83 (SSSQ, 2009) qui vise à favoriser l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux. Des recherches en provenance du Québec et du Canada contextualisent brièvement les impacts des transformations du système de santé sur la DPII.

Le Rapport Lalonde (1974) : les effets sur la DPII

Même si, pour l'époque, le Rapport Lalonde était novateur, il a profondément transformé le travail infirmier : ce Rapport a encouragé la gestion et la rationalisation des soins, introduisant ainsi une logique de performance et de contrôle des coûts suivie d'effets pervers sur les conditions d'exercice et sur la santé psychologique des infirmières. Depuis, une collaboration entre Statistique Canada Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a produit l'*Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005; Résultats* (Shields & Wilkins, 2005). Les résultats de ce rapport dévoilent que le personnel infirmier de l'époque éprouve une difficulté à composer avec les tensions et contraintes au travail telles qu'une charge de travail excessive et un manque de soutien de la part des collègues et des superviseures. Les autrices avancent que le mois précédent le sondage téléphonique, 11 % des infirmières et infirmiers ayant

participé à celui-ci admettaient avoir été diagnostiqués pour une dépression, que 9,2 % prenaient des antidépresseurs pour arriver à « passer au travers » d'une « autre » journée de travail, que 7,4 % consommaient des dérivés de morphine tandis qu'un 8,5 % leur préféraient des somnifères (Shields & Wilkins, 2005). De plus, 15,4 % des infirmières déclarait que leur état mental avait nuit à leur capacité d'accomplir certaines tâches professionnelles (Shields & Wilkins, 2005).

La culture organisationnelle en tant que contexte de la DPII

En 2010, les Associations des infirmières et infirmiers du Canada et de l'Ontario (AIIC & AIIO, 2010) présentaient un rapport de recherche tel un avertissement quant à l'urgence des conséquences néfastes liées à la lourdeur de la charge de travail et des exigences professionnelles. Les résultats de ce rapport de recherche furent cumulés auprès de plus de 7 239 infirmières canadiennes. Une infirmière œuvrant dans l'axe politique révéla, telle une alerte à la sécurité des patients, que le personnel infirmier « [...] est tellement épuisé, tellement fatigué, qu'il devient un peu plus difficile de prendre des décisions basées sur le jugement [clinique] [...] » (AIIC & AIIO, 2010, p. 9), une altération de la capacité décisionnelle que Cooper et Dewe (2008) qualifient de travail en état de présentéisme. Des infirmières interviewées (6 312/7 239), 72,6 % déclaraient que l'épuisement provient de l'augmentation de la charge de travail tandis que 36,7 % mettaient en cause le manque d'appui de la direction qui aurait tendance à régler ce problème pernicieux en fermant les yeux (AIIC & AIIO, 2010). Ces infirmières perçoivent de plus que la culture organisationnelle promeut une forme d'héroïsme professionnel – lequel exige de veiller aux besoins des patients, des familles et des autres professionnels – encourageant ainsi le

maintien d'une attitude stoïque et de martyre, et ce, malgré l'exigence de compétences scientifiques accrues (AIIC & AIIO, 2010). Ces mêmes infirmières affirmaient que pour comprendre la mentalité de la culture organisationnelle du nouveau millénaire, il faut se reporter à une époque où une femme devait faire toujours plus avec les « moyens du bord », toujours se faire passer en dernier sans jamais se plaindre (AIIC & AIIO, 2010). Ces infirmières déclaraient se trouver en butte à une culture organisationnelle qui fait miroiter que la responsabilité professionnelle revient à s'oublier pour le patient sans toutefois obtenir le soutien de la direction (AIIC & AIIO, 2010). Le personnel infirmier constitue le plus grand nombre de dispensateurs de services de santé au Canada (ICIS, 2019) et dans le monde (AIIC, 2009) ce qui laisse présager qu'un taux élevé de détresse psychologique au sein de ce groupe puisse produire un impact négatif sur le système de santé et les patients.

Conséquences de la DPII pour les établissements de santé et les patients

Au Canada, les compressions budgétaires demandées par le Rapport Lalonde ont l'effet pervers d'une augmentation des coûts attribuable à un manque de productivité que l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO), l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) ainsi que la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) associent à l'absentéisme, à une diminution de la performance, au roulement de personnel ou encore à l'abandon de la profession, une solution ultime qu'envisageait – en 2017 – 66 % du personnel infirmier canadien (AIIC & AIIO, 2010; CFNU, 2017). Lors d'une enquête réalisée en 2013 par Hildebrandt (2013) et Vickery (2013), journalistes d'enquêtes approfondies à la solde de la *Canadian*

Broadcasting Corporation (CBC/Radio Canada) pour l'émission télévisée *The Fifth Estate*, plus de 4 500 infirmières autorisées d'au moins 257 hôpitaux se sont prononcées au sujet des ressources et de la qualité des soins. Il fut révélé que 60 % des infirmières ont signalé que le manque d'effectif et le manque de personnel sur leur unité rend impossible de s'acquitter correctement de leurs tâches professionnelles ce qui nuit à la qualité des soins. L'enquête de CBC/Radio Canada, *The Fifth Estate*, (Hildebrandt, 2013) suggère que les infirmières, malgré qu'elles se disent « à bout », se présentent tout de même au travail en état de présentisme, impliquant une incapacité à donner un rendement sécuritaire pour les patients, mais aussi une augmentation des coûts pour le milieu d'embauche. Il en résulte que 24 % d'entre elles ne recommanderaient pas à leurs proches de se faire soigner à leur hôpital (Hildebrandt, 2013). Même si Linda Silas, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII), confie dans le cadre de l'enquête que le manque personnel est un problème majeur pour toutes les infirmières au pays, les restrictions budgétaires exigent de réduire la masse salariale par le licenciement d'infirmières et de ne pas remplacer les infirmières qui ne rentrent pas pour cause de maladie (Hildebrandt, 2013). Une infirmière désirant garder l'anonymat dira que « [la pénurie d'infirmières] met les patients en danger mais l'hôpital, lui, est dans le déni ». Selon Vickery (2013), un effet ricochet des coupures, du manque de personnel, du manque de fourniture/équipement et de l'épuisement des infirmières est l'augmentation des erreurs de médicaments et des rapports d'accidents/incidents dont presque la moitié, aux dires des infirmières, ne sont pas prise en compte par la gestion.

Pistes de solution

Il existe plusieurs leviers à la disposition des gestionnaires pour enrayer la détresse psychologique du personnel infirmier en milieu de travail. Au Canada, le Groupe CSA, en association avec le Bureau de normalisation du Québec, la Commission de la santé mentale du Canada et le Conseil canadien des normes, ont élaboré un programme « clé en mains » de promotion de la santé mentale au travail : *Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail — Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes* (CSA, 2013). D'autre part, il y a la *Loi sur les normes du travail* (LNT), ou encore aux initiatives de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2018) que soutient la *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail* (CSMC, 2018) lancée en 2013 et accompagnée d'un support Internet. À visée internationale, les gestionnaires disposent du *WHO Healthy Workplace Framework and Model* (Burton, 2010) pour agir contre le harcèlement psychologique et canaliser les plaintes de leurs employés.

Objectif général de recherche

Après avoir contextualisé la DPII en regard du Rapport Lalonde (1974), puis observé ses conséquences sur les établissements de santé, le personnel infirmier et les patients malgré les lois et programmes disponibles, l'importance de l'intérêt scientifique de cette thèse se justifie par le maintien de la DPII dans les milieux de soins. L'objectif général de cette recherche est par conséquent l'exploration de la DPII sous le jour de son maintien (MDPII).

Le chapitre en bref...

Au regard du Québec et du Canada, beaucoup d'encre a coulé entre le Rapport Lalonde de 1974 et la réalité infirmière d'aujourd'hui. Mais voilà que si les infirmières se disent « à bout » et que l'épuisement professionnel (*burnout*) est devenue « chose du commun », l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se dit préoccupée par la santé des patients, une inquiétude attribuable, en partie, à la fatigue et à l'épuisement professionnel des soignants du monde entier (OMS, 2021). Afin d'inventorier ce qui a été publié, tant au Canada qu'à l'international, le chapitre suivant s'inspire de Machi et McEvoy (2022) pour interroger et dépouiller la littérature scientifique à propos du MDPII.

Problème spécifique de la recherche

Conformément à l'approche de Machi et McEvoy (2022) en regard de la démarche de recension des écrits scientifiques, ce chapitre structure la recherche d'information en fonction de la pertinence des résultats, à propos de la DPII, et s'ils incluent la compréhension de son maintien, soit l'objectif général de la recherche. Après avoir sélectionné la documentation pertinente et fourni une vision globale de l'état actuel des connaissances, s'ajoute une démarche de problématisation inspirée d'Alvesson et Sandberg (2014). La question et les objectifs spécifiques de la recherche viendront clore ce chapitre.

Démarche de recension des écrits scientifiques

Sélection de la documentation pertinente

Débutée en 2021 et mise à jour en 2025 auprès de l'ensemble des ressources électroniques, cette recension a interrogé tous les écrits scientifiques disponibles depuis 1938 à l'aide des mots clés « infirmières » et « détresse psychologique ». Les mots clés (français) et leurs syntagmes (anglais) ont formés l'algorithme de recherche. Lors de la recension, ont été considérés tous les mots traduits ainsi que tous les articles en anglais et en français, peu importe leur pays d'origine. Les critères d'exclusion sont la maladie grave, chronique ou en stade d'évolution terminale, puisqu'elle peut causer un état de détresse psychologique non relié à la pratique infirmière, ainsi que les groupes « enfants/adolescents » (0-18 ans) et « personnes âgées » (fixé à plus de 80 ans). Les articles ayant abordé la DPII en regard de la maladie à coronavirus (COVID) ne furent pas

considérés car nous avons voulu éviter de faire dévier l'attention sur l'impact d'une pandémie mondiale en tant que catalyseur potentiel à la DPII. Le Tableau 1 présente l'algorithme de recherche et les bases de données consultées.

Initialement, le nombre total des articles identifiés, évalués par les pairs et rédigés en français ou en anglais, s'élevait à 1 435 entrées. Le retrait de 432 doublons a fourni un nouveau total de 1 003 articles à être évalués pour admissibilité. L'examen des résumés permit d'identifier 942 articles qui se trouvaient en dehors du champ d'intérêt de cette recension (population et contexte). Des 61 articles abordant spécifiquement la DPII, le premier était daté de 1997. D'une part, le nombre élevé de doublons est dû à la quantité des bases de données sollicitées. D'autre part, l'impossibilité pour le moteur de recherche d'exclure les résultats où l'infirmière soignait des patients vivant de la détresse psychologique explique la quantité importante d'articles qui n'ont pu être considérés. La totalité des 61 articles retenus, obtenus en texte intégral, a fait porter la responsabilité de la variation de la DPII sur des caractéristiques objectives à l'aide d'une stratégie de recherche essentiellement quantitative. Le détail du processus de la recension des écrits est présenté sous forme de diagramme de flux à la Figure 1.

Vision globale de l'état actuel des connaissances scientifiques

Pays ayant produit les études retenues

Les études retenues dans le cadre de cette recherche sont issues de 22 pays en provenance des cinq continents (Tableau 2) mettant en relief le caractère international de la DPII. Un intérêt se fait voir principalement en provenance de l'Asie et de l'Europe.

Tableau 1

Algorithme de recherche et bases de données consultées

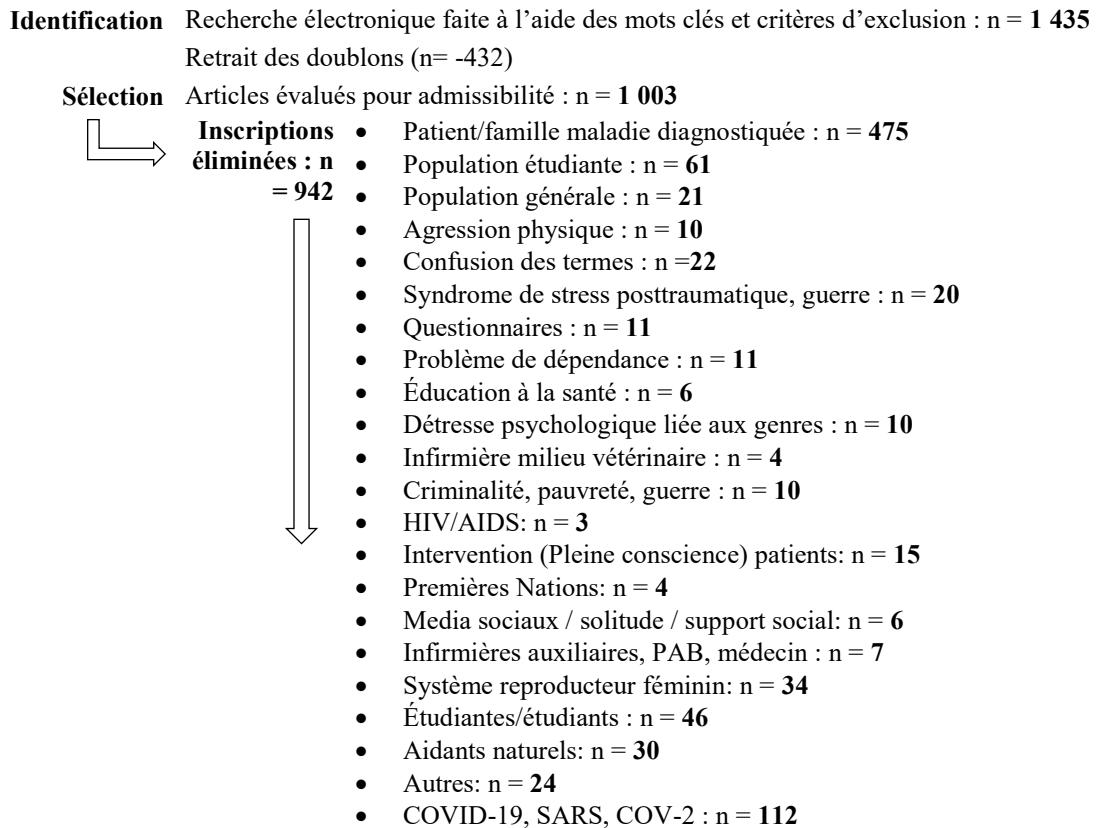
Mots clés et leurs syntagmes	
Infirmières	nurse*
Détresse psychologique	“psychological distress”
Critères d'exclusion et leurs syntagmes	
Enfants/Adolescents	children OR adolescents OR youth OR child OR teenager OR child*
Personnes âgées	“older adults” OR elderly OR seniors OR geriatrics OR “older person”*
Maladies	cancer OR “cancer treatment” OR “radiation therapy” OR schizophrenia OR psychosis or psychoses OR “psychotic disorder” OR “schizophrenic disorder” OR bipolar OR HIV or aids OR “HIV/aids” OR “human immunodeficiency virus” OR HIV OR “cardiovascular disease” OR CVD OR heart OR cardiac OR stroke OR “coronary heart disease” OR “COVID”
Bases de données consultées (en ordre alphabétique)	
Academic Search Complete; Applied Science & Technology Source; Art & Architecture Source; Business Source Complete; Canadian Literary Center; CINAHL Plus with Full Text; Computers & Applied Sciences Complete; Education Source; Entrepreneurial Studies Source; ERIC; Humanities Source; Legal Source; Library, Information Science & Technology Abstracts; Literary Reference Center Plus; MEDLINE with Full Text; ProQuest; PsycARTICLES; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Religion and Philosophy Collection; SocINDEX; SOFIA; Vente et Gestion.	

Perspectives disciplinaires et sectorielles des études retenues

L'inventaire des études retenues, toutes s'étant penchées sur le problème de la DPII, sont présentées au gré des perspectives disciplinaires et sectorielles. Les valeurs suivent un ordre descendant. La prédominance des études va aux sciences infirmières (23/61; 37,70 %) suivie par la médecine (11/61; 18,03 %), l'administration (9/61; 14,75 %), la santé publique (7/61; 11,48 %) et la psychologie (6/61; 9,84 %). Il faut aussi mentionner la psychiatrie (2/61) et le travail social (2/61) qui ont contribué respectivement pour 3,28 % (total de 6,56 %) ainsi que la nutrition (1/61; 1,64 %).

Figure 1

Organigramme du processus menant aux articles retenus



Inspiré du diagramme de flux d'identification et d'inclusion d'articles PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2010)

Tableau 2

Contribution des cinq continents à l'étude de la DPII

Continent	Pays (nombre d'articles retenus)
Afrique	Égypte (1); Maroc (1)
Amérique (du Nord)	Canada (5); États-Unis (7)
Asie	Arabie Saoudite (1); Chine (7); Corée du Sud (1); Émirats Arabes Unis (1); Iran (1); Indonésie (1); Israël (2); Japon (3); Jordanie (2); Malaisie (3); Pakistan (1); Palestine (1); Taiwan (3); Turquie (3).
Europe	Chypre (1); Finlande (3); Italie (1); Lituanie (1); Macédoine du Nord (1); Pays-Bas (2); Portugal (1).
Océanie	Australie (7).

Instruments de mesure utilisés

Selon Vingerhoets et Marcelissen (1988), d'en arriver à un consensus à propos des instruments de mesure à utiliser faciliterait l'utilisation des connaissances, ce qui s'applique, notamment, à la détresse psychologique chez les professionnels de la santé (Emal et al., 2023). Pour les articles retenus, les instruments de mesure (Tableau 3) sont principalement l'échelle de Kessler (Kessler et al., 2002), à 6 ou à 10 items (K6 et K10), (15 articles), le General Health Questionnaire (GHQ-12) (16 articles), le Psychiatric Symptoms Index (PSI) (3 articles) et le Symptom Check List (SCL-90) (3 articles). Quatre articles utilisent un instrument développé par les auteurs, huit articles utilisent le Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) et 12 articles utilisent d'autres instruments de mesure, détaillés au Tableau 3.

Au regard d'une mesure de la détresse psychologique, le Psychiatric Symptom Index (PSI) (Ilfeld, 1976) n'est pas le seul instrument de mesure mais il demeure le plus approprié. Notre choix fut motivé par une analyse factorielle confirmatoire ayant servi à « [...] démontrer la validité théorique d'un modèle structural hiérarchique de la détresse psychologique » [...] » (Martin, Sabourin, & Gendreau, 1989, p. 573) du Psychiatric Symptom Index (PSI) d'Ilfeld (1976) et de sa version française, l'*Indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec (IDPESQ-14)*, laquelle comporte une validité de construit satisfaisante. Par la suite, Massé et al. (1998) ont produit une étude de validité convergente entre l'Échelle de Mesure des Manifestations de la Détresse Psychologique (ÉMMDP) et l'IDPESQ. Cependant, le coefficient de détresse élevé étant plus présent dans L'ÉMMDP explique que son utilisation soit préférée auprès de populations vivant en

Tableau 3*Instruments de mesure utilisés par les auteurs des articles retenus*

Échelles de Kessler (K-6; K-10) version originale, révisée, adaptée, combinée ou traduite	
<ul style="list-style-type: none"> Feng, Su, Wang, et Liu (2018) Huang et al. (2021) Hurtado, Nelson, Hashimoto, et Sorensen (2015) Kagan (2020) Kunie, Kawakami, Shimazu, Yonekura, et Miyamoto (2017) Lavoie-Tremblay, Trépanier, Fernet, et Bonneville-Roussy (2014) 	<ul style="list-style-type: none"> Majeed et Fatima (2020) Rodwell et Demir (2012) Rodwell et Gulyas (2013) Rodwell, Ellershaw, et Flower (2017) Tei-Tominaga et Nakanishi (2018) Vecchio, Scuffham, Hilton, et Whiteford (2011) Liu, Yang, et Zou (2021) Hisadomi et Togari (2024) Kagan et Ne'eman-Haviv (2025)
General Health Questionnaire (GHQ-12) version originale ou traduite	
<ul style="list-style-type: none"> Bazazan, Dianat, Rastgoo, et Zandi (2018) Hietapakka et al. (2013) Koivu, Saarinen, et Hyrkas (2012) Met-Sang, Shung-Mei, et Ming-Jen (2004) Rickard et al. (2012) Altinöz et Demir (2017) Simões, Gomes, et Costa (2019) Amati et al. (2010) 	<ul style="list-style-type: none"> Middleton et al. (2018) Vehko et al. (2019) Al-Abdallah et Malak (2019) Malinauskiene, Malinauskas, et Malinauskas (2019) Alshawish et Nairat (2020) Eldin, Sabry, Abdelgwad, et Ramadan (2021) Newman, Roche, et Elliott (2021) Stefanovska - Petkovska, Bojadjiev, Stefanovska, et Bojadjieva (2020)
Psychiatric Symptoms Index (PSI) version originale ou adaptée	
<ul style="list-style-type: none"> de la Sablonnière, Tougas, de la Sablonnière, et Debrosse (2012) Bourbonnais et al. (1999) 	<ul style="list-style-type: none"> Lavoie-Tremblay et al. (2008)
Symptom Check List (SCL) version originale ou adaptée	
<ul style="list-style-type: none"> De Gucht, Fischler, et Heiser (2003) Zhou et al. (2017) 	<ul style="list-style-type: none"> Duran, Önel, Güloğlu, et Ümit (2021)
Conçus par les auteurs	
<ul style="list-style-type: none"> Estes (2013) [une seule question]; Karo et al. (2024) [Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement (Page et al., 2021)] 	<ul style="list-style-type: none"> Ghawadra, Abdullah, Choo, et Phang (2019b) [Conglomérat de cinq outils] Siu (2002) [Conception d'un instrument de mesure à 13 items]
Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) version originale, traduite ou combinée	
<ul style="list-style-type: none"> Ghawadra, Abdullah, Choo, et Phang (2019a) [Conglomérat de cinq outils incluant le DASS-21] Barnett et Ruiz (2018) Barnett, Moore, et Garza (2019) Al Maqbali (2024) 	<ul style="list-style-type: none"> Ta'an, Al-Dwaikat, Dardas, et Rayan (2020) Fadzil, Heong, Kueh, et Phang (2021) [Perceived Stress Scale 10 (PSS 10) et (DASS-21)] Xiao et al. (2022) [Version chinoise] Hwang, Lee, Cho, Kim, et Yoon (2022) [Version Coréenne]

[...]

Tableau 3*Instruments de mesure utilisés par les auteurs des articles retenus (suite)*

Autres instruments de mesure
<ul style="list-style-type: none"> • Gosselin, Bourgault, et Lavoie (2016) [<i>Echelle de mesure des manifestations de détresse psychologique</i> (EMMDP) (Masse' et al., 1998a)] (Likert à 5 points); • Decker (1997) [adaptation de la mesure de dépression à six items de Pearlin and Johnson (1977)]; • Barr (2024) [MHI-PD à 9 items (Hennessy et al., 2018)] • Badriyah, Suarilah, Tarihoran, Saragih, et Lee (2025) [PRISMA] • Van der Heijden, Mulder, König, et Anselmann (2017) [Échelle à six items du <i>Personal burnout</i> de COPSOQ] • Hasan et Tumah (2019) [Devilliers, Carson and Leary (DCL) stress scale; Psych Nurse Methods of coping questionnaire; Beck Depression Inventory (BDI)] • Nadolski et al. (2006) [Une partie du Brief Symptom Inventory] • Chueh, Chen, et Lin (2021) [Beck Anxiety Inventory (BAI)] • Alahiane et al. (2024) [<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS) à 14 items] • Labrague (2024) [Job Stress Scale (JSS)] • Kolutek, Erkutlu, et Chafra (2024) [Flourishing scale (Diener et al. (2010), <i>Job burnout</i> du Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005) et le <i>Psychological resilience</i> (Connor and Davidson (2003))] • Zhang, Li, Guo, et Lee (2019) [SVEST (Burlison et al., 2014)]

situations critiques telles que la dépression, l'épuisement professionnel (*burnout*), l'alcoolisme et l'abus de psychotropes.

Cependant, la recension a permis de constater une tendance à expliquer ou prédire la DPII à l'aide d'échelles psychométriques nombreuses et diversifiées même si leur utilisation est peu appropriée pour mesurer la détresse psychologique de façon exclusive comme le fait le Psychiatric Symptoms Index (PSI) (Ilfeld, 1976). Par exemple, l'échelle de Kessler est non spécifique à la détresse psychologique puisqu'elle s'avère aussi sensible pour dépister les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Quant aux mesures psychométriques du General Health Questionnaire, les versions à 12 items (GHQ-12) et à

28 items (GHQ-28) permettent de détecter des symptômes de « désordres » psychologiques et de troubles somatiques tels que l'anxiété et l'insomnie, ou encore les dysfonctionnements sociaux et la dépression sévère. Enfin, le Symptom Checklist (SCL-90) demeure une mesure psychométrique de dépistage de symptômes psychiatriques, notamment la somatisation, l'obsession compulsive, la dépression, l'anxiété, l'anxiété phobique, l'hostilité et la sensibilité interpersonnelle, sans oublier certains comportements paranoïaques et psychotiques. Pour leur part, Van der Heijden et al. (2017) considèrent la mesure d'affectivité négative associée à une mesure du surmenage professionnel (*burnout*) en tant qu'indicateurs de la détresse psychologique.

Construits apparentés à celui de la détresse psychologique

Au fil des études retenues, et malgré que l'objet de recherche et les résultats soient liés à la DPII, le construit de la détresse psychologique en côtoie plusieurs autres que les auteurs considèrent apparentés. Il peut s'agir de la « dépression », pourtant associé à une pathologie du Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM-V) (Crocq & Guelfi, 2015) ou encore du surmenage professionnel (*burnout*) qui évoque l'ensemble des transactions liées au stress, de l'apparition des symptômes à leur résolution (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). À ce propos, Ridner (2004) insiste sur l'impérativité de définir la détresse psychologique et de l'utiliser en tant que construit distinct sans quoi les études portant sur ce phénomène demeurent scientifiquement mal documentées. De plus, lorsque les instruments de mesure n'abordent qu'une seule facette d'un phénomène beaucoup plus global, comme c'est le cas lorsque le chercheur associe la source du problème de la détresse psychologique à une structure individuelle, les résultats incitent à des interventions ciblant

le potentiel d'adaptation de l'infirmière par le truchement de ses capacités physiologique, cognitive et/ou émotionnelle (Appendice A).

Problématisation

Les recherches retenues ont été structurées en empruntant la démarche classique de l'identification des lacunes (*Gap-Spotting*) dans l'état des connaissances scientifiques. Bien que cette démarche ait fait la lumière sur la DPII, les recherches ont chacune abordé le particulier d'un problème ce qui ne permet pas de véritablement comprendre le MDPII en tant que phénomène puisqu'une telle compréhension exige un développement théorique suffisamment approfondi. Pour cette raison, il fallut se tourner vers Alvesson et Sandberg (2011) qui préconisent une approche fondée sur la problématisation, laquelle offre d'aller au-delà de l'identification des lacunes et de plutôt opter pour « [...] le développement d'un ancrage plus intéressant et influent [...] » (p. 247, traduction libre) qui puisse soutenir une compréhension plus nuancée de la DPII et de son maintien. Adaptée pour la présente recherche, cette démarche en deux temps remet d'abord en question les postulats sous-jacents aux études retenues pour ensuite entreprendre un exercice de « Box-Breaking ».

Remise en question des postulats sous-jacents aux études retenues

Alvesson et Sandberg (2011) soulignent que tout postulat, sous-jacent aux hypothèses de recherche en tant que principes fondamentaux souvent incontestés, n'est pas nécessairement neutre; ces « postulats internes à une discipline » (p. 254, traduction libre de *In-house assumptions*) peuvent servir la position du chercheur de façon complaisante sans toutefois contribuer à une compréhension juste du phénomène à l'étude (Alvesson & Sandberg, 2011). Le texte qui suit développe une proposition intuitive pour ébranler trois

postulats identifiés (Jacob, Gauthier, & St-Pierre, 2021) et ainsi « [...] remettre en question les postulats sous-jacents aux théories existantes [...] » (Alvesson & Sandberg, 2011, pp. 247, traduction libre).

Premier postulat

Force est de constater, dans les 61 études analysées, une intrication étroite entre la posture néopositiviste et la logique d'identification des lacunes (*Gap Spoting*). Ces deux dimensions se répondent et se renforcent mutuellement : la recherche de causalités, propre à une épistémologie néopositiviste, oriente le regard vers ce qui manque, vers l'espace à combler; inversement, le repérage systématique des lacunes consolide une posture qui conçoit le savoir comme un instrument de maîtrise et de contrôle plutôt que comme un espace de remise en question. Dans cette perspective, la relation causale devient non seulement une forme d'explication, mais aussi un mode de légitimation du réel : elle traduit l'ambition de circonscrire le problème, d'en identifier la cause « profonde », puis d'en dériver des mesures correctrices pour réduire, voire contrôler, la DPII. De l'avis de Sandberg et Alvesson (2011), « [...] il est peu probable que les questions de recherche basées sur l'identification des lacunes conduisent à des théories significatives, car elles ne remettent pas en question les postulats qui sous-tendent la littérature existante [...] » (p. 25, traduction libre). D'autre part, Alvesson (2003) soutient que l'influence néopositiviste d'une méthodologie de recherche, au détriment des autres, impacte non seulement les résultats de la recherche, mais aussi les recommandations.

La remise en question est subordonnée à l'utilisation exclusive d'une posture néopositiviste et à la découverte d'un constat que nous avons décrit par une causalité

statistique, pour signifier que la production des résultats est soumise à l'identification des lacunes dans un rapport de causalité, ce qui n'offre qu'un portrait ponctuel associé à une ou plusieurs caractéristiques objectives entourant la DPII en milieu hospitalier. La causalité statistique ne fait que déplacer le discours vers des facteurs explicatifs de la variation du degré de détresse psychologique chez les infirmières (causes ou gravité) à visée individuelle pour chaque milieu. En regard de la compréhension du MDPII, il faut alors abandonner la conception étiquetée de la causalité statistique pour s'en remettre à la causalité humaine. Hume (1739) décrit la causalité non pas comme le regroupement de causes ancrées dans une signification statistique unique, mais comme une constance dont l'effet doit nécessairement provenir de la même cause ou de causes ayant des qualités communes. Cette constance humaine ne se retrouve pas dans les résultats des études retenues. À titre d'exemple, les auteurs présentent tour à tour que l'emploi d'une communication autoritaire de la part du superviseur peut générer de la détresse psychologique chez les infirmières (Estes, 2013) ou, au contraire, peut sécuriser et augmenter l'engagement au travail de l'infirmière (Kunie et al., 2017). Face à 28 années de recherche pour découvrir « la » zone négligée, Sandberg et Alvesson (2011) répondraient que l'identification des lacunes relève d'une confusion scientifique entre la reconnaissance d'un élément causal statistique versus la découverte de la source réelle d'un phénomène social de longue haleine. Plus précisément, pour la présente recherche, si les études retenues proposent une solution à la DPII, les résultats produits relèvent de conclusions statistiques abordant la DPII en tant que problème situé et ponctuel sans toutefois offrir une perspective sociale pouvant expliquer son maintien en tant que

phénomène. Dès lors, nous proposons que la compréhension du MDPII justifie l'utilisation de théories permettant de mettre au jour les pratiques sociales en tant que constances sous-jacentes à ce phénomène.

Deuxième postulat

Les études interventionnelles sélectionnées laissent supposer que, dès l'instant où une stratégie managériale ou un programme organisationnel est mis en place pour améliorer le milieu de travail ou la capacité d'adaptation des individus, le score des infirmières sur les échelles de détresse psychologique devrait inévitablement chuter. Le rôle professionnel du gestionnaire se limitant aux interventions en milieu de travail, le problème sera perçu comme ayant été activement abordé et résolu suite au déploiement d'interventions liées aux caractéristiques objectives issues du domaine de la gestion (Brun, Biron, & St-Hilaire, 2009). Si une intervention managériale n'arrive pas à enrayer ce mal, la responsabilité incombe nécessairement à l'infirmière.

Ce postulat expose la pertinence de critiquer ou remettre en question cette perspective. En effet, malgré que des interventions managériales aient déjà été mises en œuvre en milieu de travail, la détresse psychologique chez les infirmières se maintient (MDPII) et même, tel que le suggèrent Fadzil et al. (2021), s'intensifie dans les milieux hospitaliers. La croyance selon laquelle la DPII devrait se résoudre d'elle-même, une fois les initiatives organisationnelles mises en place, déplace la responsabilité du milieu de travail vers une responsabilité individuelle, en l'occurrence les dispositions personnelles de l'infirmière (Bagley, Abubaker, & Sawyerr, 2018).

Plusieurs interventions managériales visent à atténuer la détresse psychologique en favorisant la participation, la reconnaissance ou le soutien organisationnel. Pourtant, ces démarches s'inscrivent souvent dans une logique corrective plutôt que transformatrice : elles cherchent à restaurer l'efficacité ou l'engagement, sans remettre en question les conditions structurelles qui génèrent la souffrance. Ainsi, lorsque la détresse persiste malgré la mise en place de telles mesures, elle est fréquemment réinterprétée comme le signe d'une fragilité individuelle ou d'un manque d'adaptation. Cette translation de responsabilité, du collectif vers la personne, contribue à maintenir la DPII car elle transforme un problème organisationnel en déficit personnel. L'inefficacité des interventions managériales ne réside donc pas dans leur absence d'intention bienveillante, mais dans leur incapacité à interroger les logiques institutionnelles et culturelles qui produisent la détresse au quotidien.

D'attribuer la DPII à la difficulté d'adaptation d'une infirmière lorsque soumise aux exigences de l'emploi a conduit Bagley et al. (2018) à la création d'une typologie des différentes personnalités infirmières en fonction de leur capacité physiologique, cognitive et/ou émotionnelle pour résister à la détresse psychologique. À l'aide d'une analyse corrélationnelle, Bagley et al. (2018) identifient quatre groupes d'infirmières afin de départager celles qui sont aptes à être embauchées car possédant une personnalité hardie (Maddi & Kobasa, 1984) – soient les types combattant, enthousiaste et performant – de celles qui seront susceptibles de quitter la profession – les types de personnalité stressée. Dès lors, nous proposons de nous distancer de stratégies qui responsabilisent les infirmières pour « leur » détresse psychologique et d'aborder le MDPII en tant que

phénomène associé au milieu hospitalier. La compréhension de ce phénomène serait mise en lumière par l'utilisation d'objets dont la charge symbolique est significative des tensions liées au MDPII dans la pratique infirmière, telle qu'exercée et vécue par les infirmières dans leur milieu de travail au quotidien.

Troisième postulat

Le point commun aux 61 articles retenus est le postulat que la DPII provient de « causes » liées à la psychologie tels que les facteurs de stress organisationnels/personnels, les émotions, la perception, les sentiments ou les traits de personnalité. Un examen plus approfondi des échelles psychométriques utilisées pour produire ces résultats révèle que toutes ne mesuraient pas véritablement la détresse psychologique tel que discuté précédemment.

Une remise en question s'intéresse à la multitude d'instruments de mesure et de construits connexes à la détresse psychologique, regrettablement utilisés de manière interchangeable comme s'ils étaient tous synonymes (Ridner, 2004), ce qui justifie de s'interroger sur la validité des conclusions des études retenues à propos de la DPII. Face à ce méli-mélo scientifique, et en lien avec Bhaskar et Danermark (2006) qui avancent que la finalité d'un résultat ne peut être réduit à des tests psychométriques, nous proposons que l'utilisation d'une mesure capable de rendre compte des diverses réalités d'un phénomène, tel que la DPII et son maintien, est l'instrument humain.

Exercice de « Box-Breaking »

Expression chère à Alvesson et Sandberg, le terme « Box-Breaking » (Alvesson & Sandberg, 2014, p. 968) signifie que le chercheur doive penser à l'extérieur de la « boîte ». Plus concrètement, cet exercice propose d'abord de cartographier les résultats des 61 recherches de sorte à en dégager les points communs – les idées maîtresses – pour ensuite enchaîner avec leur défragmentation (Alvesson & Sandberg, 2014). La défragmentation consiste en une réorganisation des idées maîtresses afin de les structurer différemment de leur organisation initiale. Par la suite, en prenant appui sur les auteurs-clés de la présente recherche, ces idées maîtresses sont défragmentées en modes de raisonnement.

Cartographie des résultats : naissance des idées maîtresses

En prenant appui sur Machi et McEvoy (2022), concernant la conduite efficace d'une revue de la documentation, la présente cartographie a donné lieu à une mise en perspective des résultats des 61 écrits scientifiques retenus selon les attributs communs pour fournir six groupes distincts. Chacun de ces groupes est associé à une idée maîtresse (Machi & McEvoy, 2022), c'est-à-dire à un principe transversal aux articles constituant un même attribut. Des six idées maîtresses identifiées, les quatre premiers regroupements mettent de l'avant des idées maîtresses en tant que variables indépendantes, ou « raisons principales » de la DPII. Le cinquième regroupement, à titre de cinquième idée maîtresse, présente cette fois la DPII en tant que variable indépendante qui sert à amorcer diverses variables dépendantes. Quant au sixième regroupement (sixième idée maîtresse), il propose trois études comme pistes de solution envers la DPII.

Telle que présentée au Tableau 4, la cartographie abrite 103 variables indépendantes provenant des 61 études retenues. La causalité statistique, prévoyant que plusieurs variables indépendantes puissent être utilisées dans une hypothèse, explique la disparité entre le nombre de variables et le nombre d'articles retenus; il arrive qu'un même article se retrouve à plus d'une reprise dans un même regroupement ou sous différents regroupements. Dans ce qui suit, un court résumé des idées maîtresses est présenté à l'aide de quelques exemples tirés du Tableau 4

Présentation des six groupes d'études de la cartographie

Idée maîtresse du premier groupe d'étude : les conditions de travail. Tel que présenté au Tableau 4, 17 variables indépendantes pouvant engendrer la DPII proviennent de 18 des 61 articles retenus et donnent lieu à l'idée maîtresse des conditions de travail. Pour l'essentiel, et à titre d'exemple, les variables indépendantes à l'origine de la DPII y sont identifiées par les auteurs comme dérivant d'un stress professionnel élevé dû à l'augmentation de la charge de travail (Bourbonnais et al., 1999; Met-Sang et al., 2004), à la complexité des soins (Al-Abdallah & Malak, 2019) ainsi qu'au manque de temps et au manque de ressource et de personnel (Siu, 2002).

Idée maîtresse du second groupe d'études : les relations professionnelles. La seconde idée maîtresse concerne les relations professionnelles. Douze articles forment le second groupe, proposant une corrélation entre la DPII et 10 variables indépendantes dont neuf d'entre elles font appel à des désaccords qui engendrent de la dissension entre personnes ou entre groupes. Par exemple, Decker (1997) nous fait part d'une difficulté de

Tableau 4*Cartographie des résultats des études retenues*

	Caractéristiques objectives	Auteurs
Idée maîtresse du premier groupe d'études : les conditions de travail		
Surpeuplement, pauvres conditions physiques, manque de matériel et de personnel, situations à risque lors de soins critiques aux patients, décès fréquents		<ul style="list-style-type: none"> • Siu (2002) • Altinöz et Demir (2017)
Traumatismes corporels, psychologiques et sexuels au travail		<ul style="list-style-type: none"> • Newman et al. (2021)
Problèmes de violence au travail		<ul style="list-style-type: none"> • Kolutek et al. (2024)
Carence de formations continues		<ul style="list-style-type: none"> • Vehko et al. (2019)
Environnement non favorable à la concentration lors d'un soin spécialisé		<ul style="list-style-type: none"> • Al-Abdallah et Malak (2019)
Insécurité d'emploi		<ul style="list-style-type: none"> • Liu et al. (2021)
Manque de justice procédurale		<ul style="list-style-type: none"> • Rodwell et Gulyas (2013)
Conflit de rôle lors des périodes de transformation majeure		<ul style="list-style-type: none"> • Bourbonnais et al. (1999)
Augmentation de la charge de travail, demande de performance et faible latitude décisionnelle		<ul style="list-style-type: none"> • Bourbonnais et al. (1999) • Lavoie-Tremblay et al. (2008) • Met-Sang et al. (2004) • Malinauskiene et al. (2019) • Lavoie-Tremblay et al. (2008) • Vecchio et al. (2011) • de la Sablonnière et al. (2012) • Met-Sang et al. (2004)
Déséquilibre efforts/récompenses		<ul style="list-style-type: none"> • Bourbonnais et al. (1999)
Manque de temps		<ul style="list-style-type: none"> • Lavoie-Tremblay et al. (2008)
Impossibilité de prodiguer des soins en respect d'une pratique professionnelle		<ul style="list-style-type: none"> • Gosselin et al. (2016)
Manque de stabilité professionnelle (Exigences psychologiques et tension professionnelle élevées)		<ul style="list-style-type: none"> • Met-Sang et al. (2004) • Lavoie-Tremblay et al. (2014)
Complexité des soins technologiques aux soins intensifs		<ul style="list-style-type: none"> • Siu (2002) • Decker (1997)
Contraintes budgétaires, manque de ressources		<ul style="list-style-type: none"> • Majeed et Fatima (2020)
Dévalorisation du rôle		
Impact d'un leadership exploitant		
Idée maîtresse du second groupe d'études : les relations professionnelles		
Difficulté de communication avec les médecins et non-respect de la pratique du soin par les médecins		<ul style="list-style-type: none"> • Decker (1997)
Exclusion des infirmières liée à une lacune de réseau professionnel		<ul style="list-style-type: none"> • Tei-Tominaga et Nakanishi (2018)
Conflits, violence et intimidation entre infirmières de façon continue et prolongée (non verbal, remarques cinglantes, actions compromettantes, retenue d'informations importantes, sabotage, cliques, blâmes constants, comportement passif-agressif et partage d'information confidentielle à propos d'une collègue)		<ul style="list-style-type: none"> • Rodwell et Demir (2012) • Malinauskiene et al. (2019) • Sheridan-Leos (2008) • Nadolski et al. (2006)
Manque de coopération, de communication et d'entraide entre les diverses unités de travail		<ul style="list-style-type: none"> • Decker (1997) • Nadolski et al. (2006)
		[...]

Tableau 4*Cartographie des résultats des études retenues (suite)*

Caractéristiques objectives	Auteurs
Exclusion sociale/professionnelle des infirmières au sein d'équipes médicales	<ul style="list-style-type: none"> Tei-Tominaga et Nakanishi (2018)
Tensions entre administrateurs et personnel traitant	<ul style="list-style-type: none"> Altinöz et Demir (2017)
Manque de coopération superviseur/infirmière	<ul style="list-style-type: none"> Zhang et al. (2019)
Relations de travail malsaines, conflits interprofessionnels et entre infirmières	<ul style="list-style-type: none"> Decker (1997) Siu (2002) Gosselin et al. (2016) Lavoie-Tremblay et al. (2008)
Importance de la hiérarchie et du niveau de poste occupé	<ul style="list-style-type: none"> Decker (1997)
Aucun lien entre style de communication des gestionnaires et DPPII	<ul style="list-style-type: none"> Kunie et al. (2017)
Idée maîtresse du troisième groupe d'études : le manque de soutien au travail	
Perception d'un faible réseautage professionnel	<ul style="list-style-type: none"> Middleton et al. (2018)
Besoin de compétence en e-Care ignoré	<ul style="list-style-type: none"> Vehko et al. (2019)
Carence d'une culture de sécurité des patients	<ul style="list-style-type: none"> Zhang et al. (2019)
Faible soutien social des collègues et/ou de la part des supérieurs	<ul style="list-style-type: none"> Lavoie-Tremblay et al. (2008) Van der Heijden et al. (2017) Malinauskiene et al. (2019) Bourbonnais et al. (1999) Zhang et al. (2019) Alahiane et al. (2024) Barnett et al. (2019) Hietapakka et al. (2013) Rodwell et Gulyas (2013)
Absence de promotion et d'activités interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> Zhang et al. (2019)
Injustice procédurale organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> Altinöz et Demir (2017)
Impact d'un manque de justice organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> Altinöz et Demir (2017)
Manque de support pour les infirmières lors d'erreurs médicales	<ul style="list-style-type: none"> Retard dans l'amélioration de l'environnement de travail Manque de considération pour la charge émotionnelle des infirmières
Non-respect des pauses-repas par les superviseurs	<ul style="list-style-type: none"> Hurtado et al. (2015)
Pauvreté du leadership	<ul style="list-style-type: none"> Van der Heijden et al. (2017)
Leadership toxique	<ul style="list-style-type: none"> Labrague (2024)
Supervision abusive et continue	<ul style="list-style-type: none"> Estes (2013)
Manque de supervision clinique et de formation continue	<ul style="list-style-type: none"> Koivu et al. (2012)
Réponse inadéquate de l'AIC aux plaintes des infirmières	<ul style="list-style-type: none"> Decker (1997)
Idée maîtresse du quatrième groupe d'études : les dispositions personnelles de l'infirmière	
Faible estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> Feng et al. (2018) Duran et al. (2021) Liu et al. (2021)
Selon la capacité d'utiliser les stratégies d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> Hasan et Tumah (2019)
Difficulté d'adaptation positive de recadrage	<ul style="list-style-type: none"> Barr (2024)
Profil de personnalité négatif de l'infirmière	<ul style="list-style-type: none"> Huang et al. (2021)
[...]	

Tableau 4*Cartographie des résultats des études retenues (suite)*

Caractéristiques objectives	Auteurs
Insatisfaction, perception négative du soutien social	<ul style="list-style-type: none"> • Feng et al. (2018)
Anxiété face à la mort et perception d'un faible réseau/soutien social	<ul style="list-style-type: none"> • Kagan (2020) • Ta'an et al. (2020)
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> • Bazazan et al. (2018)
Épuisement professionnel (dévouement et dépersonnalisation)	<ul style="list-style-type: none"> • Alshawish et Nairat (2020)
Besoin de donner une dimension spirituelle à sa vie	<ul style="list-style-type: none"> • Barnett et al. (2019)
Manque de détachement psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Majeed et Fatima (2020)
Faible sens de la cohérence	<ul style="list-style-type: none"> • Hisadomi et Togari (2024)
Jeune âge (26 à 30 ans) des infirmières de pédiatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Ghawadra et al. (2019b)
Femme, surtout si célibataire ou veuve	<ul style="list-style-type: none"> • Ghawadra et al. (2019b)
Capacité d'empathie et d'auto-efficacité chez les hommes infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> • Kagan et Ne'eman-Haviv (2025)
Perception négative des réformes du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • de la Sablonnière et al. (2012)
Carence d'engagement au travail et de satisfaction au travail	<ul style="list-style-type: none"> • Al Maqbali (2024)
Alcool, tabagisme et inactivité physique typiques chez les femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Malinauskiene et al. (2019)
Mauvaise qualité du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • Chueh et al. (2021)
Sentiment de « carence égoïste »	<ul style="list-style-type: none"> • de la Sablonnière et al. (2012)
Capital psychologique et soutien social	<ul style="list-style-type: none"> • Xiao et al. (2022)
Pleine conscience pour réduire la DPII (méta-analyse)	<ul style="list-style-type: none"> • Karo et al. (2024)
Cognitivo-comportementale pour réduire la DPII (méta-analyse)	<ul style="list-style-type: none"> • Badriyah et al. (2025)
Trait de personnalité anxieux	<ul style="list-style-type: none"> • Decker (1997)
Névrotisme	<ul style="list-style-type: none"> • De Gucht et al. (2003)
Manque d'optimisme et d'espérance	<ul style="list-style-type: none"> • Zhou et al. (2017)
Surengagement et contrôle des tâches professionnelles contribuent à diminuer la détresse psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • De Gucht et al. (2003) • Van der Heijden et al. (2017)
Idée maîtresse du cinquième groupe d'études : la DPII en tant que variable indépendante	
La DPII serait la cause de... :	
La fatigue chronique	<ul style="list-style-type: none"> • Al-Abdallah et Malak (2019)
L'augmentation des cytokines inflammatoires et des perturbations des fonctions endocrinien	<ul style="list-style-type: none"> • Eldin et al. (2021)
La fatigue de compassion et la baisse de l'estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> • Barnett et Ruiz (2018)
Des symptômes gastro-intestinaux	<ul style="list-style-type: none"> • Hwang et al. (2022)
Des accidents de travail et d'un effet socio-économique négatif	<ul style="list-style-type: none"> • Vecchio et al. (2011)
Des troubles du sommeil et du manque d'implication professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Hietapakka et al. (2013)
De l'intention de démissionner	<ul style="list-style-type: none"> • Stefanovska - Petkovska et al. (2020)
Idée maîtresse du sixième groupe d'études : les pistes de solution	
Amélioration des caractéristiques liées à l'emploi	<ul style="list-style-type: none"> • Rickard et al. (2012)
Augmentation de la supervision clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Koivu et al. (2012)
Efficacité d'une intervention basée sur la pleine conscience	<ul style="list-style-type: none"> • Fadzil et al. (2021)

communication entre les infirmières et les médecins suite au non-respect, par les médecins, de la pratique du soin. Il semble aussi que les médecins préconisent l'exclusion sociale/professionnelle des infirmières au sein d'équipes médicales (Tei-Tominaga & Nakanishi, 2018). La DPII serait de plus attribuable aux conflits, à la violence et à l'intimidation entre infirmières (Gosselin et al., 2016) ou au manque de coopération des superviseurs (Zhang et al., 2019). Un dixième article propose une hypothèse nulle où le style de communication des gestionnaires n'a aucun effet sur la DPII (Kunie et al., 2017).

Idée maîtresse du troisième groupe d'études : le manque de soutien au travail. Le troisième regroupement (17 articles/ 16 variables indépendantes), présenté au Tableau 4, a comme idée maîtresse le manque de soutien au travail. Plusieurs infirmières décrivent un manque de soutien entre collègues, ressenti dans les moments de surcharge ou de tension. Ce manque ne s'exprime pas nécessairement par des gestes d'hostilité, mais plutôt par le silence, l'absence d'aide ou la répartition inégale de l'effort collectif. Certaines y voient le reflet d'un climat de favoritisme, où l'entraide se distribue selon les affinités plutôt que selon les besoins. D'autres évoquent une fatigue généralisée qui érode la solidarité. Ce déficit de soutien horizontal, bien que discret, contribue à l'isolement professionnel et renforce le sentiment d'injustice, nourrissant ainsi la détresse psychologique qui traverse le quotidien du travail infirmier.

Les résultats des études retenues nous assurent que les causes statistiques de la DPII gravitent autour d'un manque de soutien qui résulte d'une carence de la culture organisationnelle pour la sécurité des patients (Zhang et al., 2019) ou d'une injustice procédurale organisationnelle (Hietapakka et al., 2013). Le type de supervision y est

également évoqué par le manque de réponse adéquate de l'assistante infirmière cheffe (AIC) aux plaintes des infirmières (Decker, 1997).

Idée maîtresse du quatrième groupe d'études; les dispositions personnelles de l'infirmière. Une quatrième idée maîtresse concerne les caractéristiques personnelles des infirmières (regroupement constitué de 26 articles au Tableau 4) et relie la cause statistique de la DPII à 26 variables indépendantes différentes qui recoupent les capacités physiques, mentales, cognitives, perceptives, émotionnelles et spirituelles de l'infirmière. Également s'y trouve le rôle que jouent les types de personnalité (Huang et al., 2021) ou d'appartenir au genre féminin (Malinauskiene et al., 2019).

Idée maîtresse du cinquième groupe d'études; la DPII en tant que variable indépendante. Le cinquième regroupement est composé de sept études plaçant la DPII en tant que facteur contributif, c'est-à-dire où la DPII devient la variable indépendante considérée être la cause statistique des sept résultats obtenus. Quelques exemples de relations de cause à effet, issus du Tableau 4, sont que la DPII provoque des symptômes physiques, telle une fatigue chronique (Al-Abdallah & Malak, 2019) ou une augmentation des cytokines inflammatoires (Eldin et al., 2021), suscite l'intention de démissionner (Stefanovska - Petkovska et al., 2020) ou donne lieu à une augmentation des coûts (Vecchio et al., 2011).

Idée maîtresse du sixième groupe d'études; les pistes de solution. Quant aux trois études du sixième groupe, elles proposent des pistes de solution par la mise en œuvre d'interventions ciblant les conditions de travail (Rickard et al., 2012), l'ensemble du

personnel infirmier (Koivu et al., 2012) et les dispositions personnelles de l'infirmière (Fadzil et al., 2021).

En conclusion de cette section, la cartographie des résultats retenus, en regard de la DPII et de son maintien, n'a fourni qu'une mosaïque de problèmes spécifiques à la DPII. L'étape de la défragmentation (Alvesson & Rremann, 2011) des idées maîtresses a pour but de dépasser les conclusions des recherches ancrées dans une signification unique et faire émerger une constance (Hume, 1739) à l'origine du phénomène à l'étude. Trois plans de la réalité sociale semblent être transversaux aux six idées maîtresses. Ces plans offrent un angle d'analyse potentiellement intéressant à la compréhension du MDPII. Il s'agit des rapports individuels (le plan individuel de la réalité sociale), des rapports collectifs (le plan collectif de la réalité sociale) et des rapports avec l'organisation (le plan organisationnel de la réalité sociale), ce qui laisse pressentir que la responsabilité n'incombe pas qu'aux seuls individus mais plutôt à une structure. Cette interdimensionnalité, qu'est la typologie des relations ancrées et reproduites par des pratiques sociales, demande à être circonscrite scientifiquement en prenant appui sur les travaux d'auteurs-clés.

Présentation des auteurs pour articuler la défragmentation des idées maîtresses

Pour leur affinité avec l'interdimensionnalité des réalités sociales issues des idées maîtresses, la défragmentation prend appui sur les travaux de Bourdieu (1972), de Boltanski et Thévenot (1991, 2022) et de Foucault (1975), lesquels sont ici sommairement présentés et, par la suite, repris sous le chapitre de l'architecture conceptuelle (ACÉPSI).

Pierre Bourdieu : genèse des pratiques sociales et l'individuel. En qualifiant sa théorie de structuralisme constructiviste (ou génétique), Bourdieu s'intéresse à la genèse des structures sociales qui, bien qu'inconscientes, contraignent ou façonnent la pratique (Bourdieu, 1987a). L'approche bourdieusienne (Bourdieu, 1972) apporte son soutien à la défragmentation des idées maîtresses par son regard sur la conduite de violence symbolique en tant que réalité de pratiques sociales associée aux comportements individuels (Bourdieu & Passeron, 2016). Parce que Bourdieu fait de la science un produit réflexif de sa propre interaction avec le monde (Bourdieu, Wacquant, & Ollion, 2014), Nairn et Pinnock (2017) y voient un arrimage avec la discipline infirmière. Selon Nairn et Pinnock (2017), les théories de Bourdieu impliquent de « [...] comprendre et expliquer le monde social dans toute sa complexité empirique. » (p. 1, traduction libre). De plus, Nairn et Pinnock (2017) ajoutent « [...] que son œuvre se décrit mieux comme un réalisme réflexif, offrant un espace à une approche non positiviste de la connaissance, évitant ainsi le piège de l'idéalisme ou du relativisme. » (p. 1, traduction libre). Quant à Rhynas (2005), elle considère la réflexivité suscitée par le travail de Bourdieu telle une pierre angulaire de la recherche en sciences infirmières, mais aussi pour supporter un défi qu'est l'affranchissement de la collectivité infirmière.

Luc Boltanski et Laurent Thévenot : différenciation des pratiques sociales et les collectivités. Boltanski et Thévenot (1991, 2022) développent leur vision de la pratique sociale d'après le pragmatisme critique français, lequel prend sa source dans la philosophie morale durkheimienne (Martinache, 2010). En posant un regard sur les collectivités qui peuplent les unités de soins, l'approche boltanskienne sera utilisée pour étayer le niveau

collectif de la défragmentation des idées maîtresses par l'identification des tensions de valeurs présentes entre les groupes ou les collectifs. L'autrice Ceci (2008) rattache la pertinence de mobiliser Boltanski et Thévenot (1991, 2022) pour le potentiel qu'ils offrent à répertorier les données et à les organiser en fonction des valeurs d'un des mondes auquel s'identifient les gens.

Michel Foucault : institutionnalisation des pratiques sociales et l'organisation. En tant que poststructuraliste (Foucault, 1994; Olssen, 2003), Foucault (1975) expose le contexte historique et dépeint l'idéologie moderniste qui ont conduit à l'institutionnalisation du pouvoir. Holmes et Bernard (2024) écriront qu'une étude basée sur une approche poststructuraliste s'offre à l'étude d'un phénomène où les relations de pouvoir sont conjuguées dans un espace qui, pour cette recherche, en est un micro politique. C'est ainsi que les travaux de Foucault (1975) serviront de socle pour la défragmentation des idées maîtresses en faisant appel au pouvoir disciplinaire. Tel que le suggèrent Clinton et Springer (2016), l'étude d'un phénomène à l'aide des écrits de Foucault demeure à ce jour pertinent, et même requis, puisqu'ils rattachent les pratiques sociales de pouvoir non pas à un effet fortuit, mais plutôt à des conditions historiquement ancrées chez les infirmières.

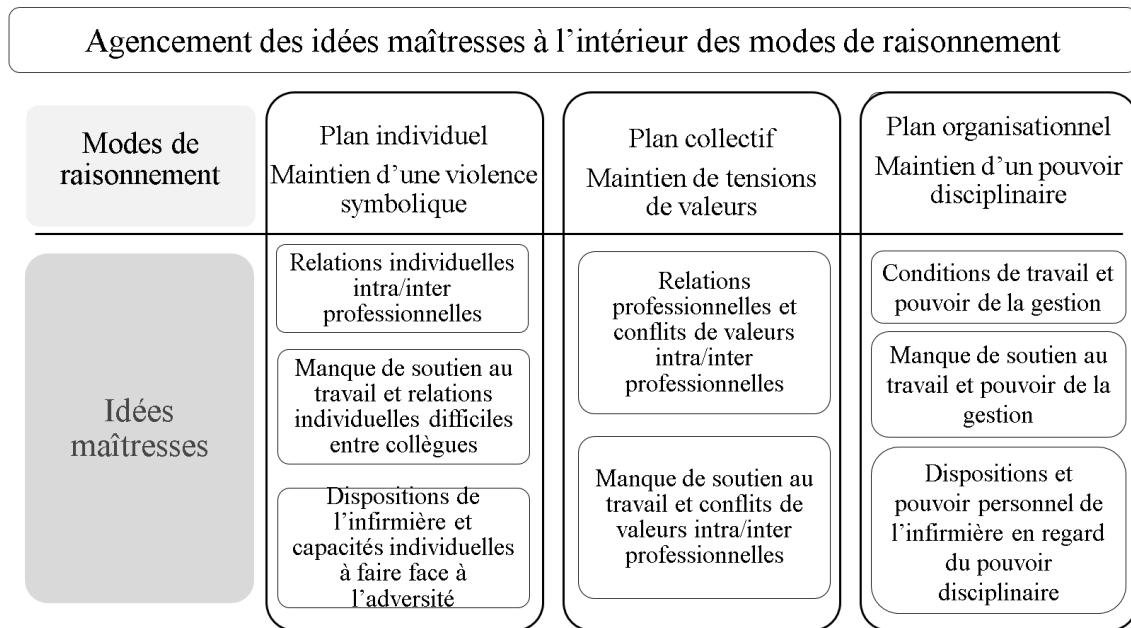
Déconstruire pour mieux reconstruire : défragmentation des idées maîtresses

En s'inspirant toujours de l'approche proposée par Machi et McEvoy (2022), les six idées maitresses résumées au Tableau 4 sont défragmentées, c'est-à-dire qu'elles sont redistribuées selon qu'elles sont liées à un des comportements sociaux qui cachent une forme de pouvoir, ou modes de raisonnement. Ces formes de pouvoir sont objectivées

selon l'apport conceptuel des auteurs-clés pour former les plans de la réalité sociale du MDPII : a) le maintien d'une violence symbolique comme mode de raisonnement bourdieusien qui offre la possibilité de comprendre ce qui se passe sur le plan individuel; b) le maintien de tensions de valeurs comme mode de raisonnement pragmatique critique boltanskien qui offre la possibilité de comprendre ce qui se passe sur le plan collectif, et; c) le maintien d'un pouvoir disciplinaire comme mode de raisonnement foucaldien qui offre la possibilité de comprendre ce qui se passe sur le plan organisationnel.

Le premier mode de raisonnement renvoie au plan individuel de l'expérience : il traduit la manière dont chaque infirmière perçoit, ressent et interprète les contraintes de son environnement. Ce mode de pensée se déploie dans le registre de l'ajustement personnel, entre adaptation, résistance et justification, face aux exigences institutionnelles. Le deuxième mode de raisonnement, quant à lui, s'inscrit dans une dynamique collective et organisationnelle. Il rend compte de la façon dont ces perceptions individuelles se recomposent en représentations partagées, en discours communs et en pratiques institutionnalisées. Ce passage du vécu à la norme illustre comment les logiques de justification deviennent des cadres d'action collectifs, parfois contraignants, qui contribuent au maintien de la détresse psychologique (MDPII). Ainsi, si les deux modes se rejoignent par les idées maîtresses qu'ils mobilisent, ils s'en distinguent par le niveau d'abstraction et par le déplacement du sens, du sujet vers le système, du vécu vers la structure. La figure 2 présente la structure interdimensionnelle du MDPII.

Maintien d'une violence symbolique dans les rapports professionnels infirmiers comme premier mode de raisonnement. Un premier mode de raisonnement est le

Figure 2*Structure interdimensionnelle du MDPII*

maintien au fil des ans d'une conduite de violence symbolique associée à trois idées maîtresses. Pour Bourdieu, la violence symbolique est une forme de domination euphémisée, car non perçue comme telle, qui agit par le biais des normes, des valeurs, du langage, de la hiérarchie et non simplement par des conflits interpersonnels. Dans les écrits recensés, certains indices laissent entrevoir des dynamiques qui peuvent être interprétées comme des expressions contemporaines de cette violence, même si les auteurs ne mobilisent pas directement ce concept.

Violence symbolique dans les relations individuelles intra/inter professionnelles. Au cœur de relations individuelles intra/inter professionnelles associées à la DPII et pressenties contribuer à son maintien, dans les articles retenus, se trouve la violence symbolique, un rapport de force imbu de concurrence et d'intimidation (Rodwell & Demir,

2012), de compétitivité (Lavoie-Tremblay et al., 2014), de conflits et de violence latérale entre infirmières (Van der Heijden et al., 2017), que ce soit par le non verbal, les remarques cinglantes, les actions pour ébranler la confiance, le sabotage, le clivage, les blâmes constants ou du partage d'informations confidentielles à propos d'une collègue (Sheridan-Leos, 2008). Par exemple, certains superviseurs blessent les sentiments des infirmières ou les rabaiscent publiquement (Estes, 2013). D'autre part, les infirmières peuvent aussi faire preuve de violence symbolique, par exemple envers leurs collègues médecins, par l'hostilité qu'elles éprouvent envers les internes ou en dénigrant entre elles la hiérarchie médicale (Nadolski et al., 2006).

Manque de soutien au travail et relations individuelles difficiles entre collègues. Il faut présumer d'un lien entre le réseautage, caractérisé par l'appui de collègues et les contacts professionnels, et le soutien au travail qu'il favorise sans quoi pourrait survenir la DPII (Middleton et al., 2018) et son maintien. Une manifestation de violence symbolique, lorsque dirigée vers une infirmière, aura pour double effet de nuire à sa création d'allégeances professionnelles et, incidemment, la priver d'un soutien au travail (Middleton et al., 2018).

Dispositions de l'infirmière et capacités individuelles à faire face à l'adversité. À la lueur des articles retenus, la violence symbolique peut être lue à travers le prisme de hiérarchies implicites ou d'une domination professionnelle euphémisée. Par exemple, l'hostilité envers les internes (Nadolski et al., 2006) ou le rabaissement public de collègues (Estes, 2013) témoignent de rapports de force qui excèdent les conflits individuels. Ils traduisent une structure professionnelle où certaines positions ont plus de valeur

symbolique que d'autres et où l'adhésion, ou la résistance, à ces normes se manifeste dans les pratiques relationnelles quotidiennes. La violence symbolique se présente aussi sous la forme d'une violence latérale, comme internalisation d'un rapport de domination, où la violence entre infirmières (Rodwell & Demir, 2012; Sheridan-Leos, 2008; Van der Heijden et al., 2017) peut être analysée non seulement comme une dynamique de tension, mais comme le produit de conditions de travail hiérarchisées où la compétition, la méfiance et la conformité aux normes dominantes deviennent des ressources symboliques pour préserver sa position. À ceci s'ajoutent les effets de la violence symbolique sur la vulnérabilité individuelle. Par exemple, certaines infirmières semblent plus vulnérables à cette forme de violence intérieurisée, notamment celles qui ont une faible estime de soi (Feng et al., 2018), un capital psychologique limité (Duran et al., 2021; Liu et al., 2021) ou une disposition à la surresponsabilisation émotionnelle (Gosselin et al., 2016). La violence symbolique agit ici comme une force d'autodiscipline et de conformité, générant culpabilité, retrait et détresse psychologique chez les personnes qui n'adhèrent pas pleinement aux normes implicites du « métier ». Enfin, la violence symbolique implique les inégalités genrées et la légitimation implicite de la souffrance. Par exemple, les recherches de Middleton et al. (2018) et Ghawadra et al. (2019b) suggèrent que les femmes, en particulier les infirmières célibataires ou veuves, intérieurisent des attentes professionnelles élevées, sans remise en question explicite de leur validité. Cette adhésion implicite à des normes contraignantes peut être interprétée comme une forme de violence symbolique genrée.

Maintien de tensions de valeurs comme second mode de raisonnement. Un second mode de raisonnement est le maintien, au fil des ans, de tensions à propos de valeurs ne permettant pas d'évaluer les situations de travail selon un système d'équivalence partagé. Ce mode de raisonnement s'associe à deux idées maîtresses réputées engendrer la DPII et son maintien.

Relations professionnelles et conflits de valeurs intra/inter professionnelles. Le maintien de systèmes de valeurs non partagés semble soutenir et maintenir la DPII dû aux tensions créées entre le collectif des superviseures et celui du personnel soignant (Alahiane et al., 2024; Rodwell & Gulyas, 2013) tout autant qu'au manque de coopération et d'entraide entre les diverses unités de travail (Decker, 1997). Un leadership toxique de la part du groupe de gestionnaires dont les comportements contribuent aux conflits travail-famille (Labrague, 2024), ou le non-respect de la pratique du soin par les autres groupes d'acteurs du système de santé, peut aussi créer des relations interprofessionnelles difficiles (Decker, 1997). Quant à Kagan et Ne'eman-Haviv (2025), leur étude a essentiellement porté sur la détresse psychologique d'hommes travaillant dans un milieu d'aide. Selon leurs résultats, la détresse psychologique des infirmiers serait négativement corrélée à une autoévaluation positive de leurs compétences, à leur capacité à ressentir ou agir avec empathie envers les clients et à la capacité d'évoluer, personnellement et professionnellement, dans un milieu majoritairement féminin.

Manque de soutien au travail et conflits de valeurs intra/inter professionnelles. Le maintien d'un système de valeurs non partagées peut nuire au soutien au travail puisqu'il créé une forme d'exclusion professionnelle. Par exemple, un milieu hospitalier priorisant

un contexte professionnel thérapeutique de gestion de la maladie, mais qui défavorise les valeurs éthiques et le caring du soin du collectif infirmier, aura comme conséquence l'exclusion sociale et/ou professionnelle des infirmières travaillant au sein d'équipes médicales en milieu hospitalier (Decker, 1997; Tei-Tominaga & Nakanishi, 2018). Il en résulte une difficulté d'adaptation et d'intégration des infirmières au milieu (Middleton et al., 2018), ce qui peut contrecarrer leur besoin d'appartenance (Zhang et al., 2019).

Maintien d'un pouvoir disciplinaire comme troisième mode de raisonnement.

Trois idées maîtresses, issues des résultats des études retenues, ont servi à la défragmentation d'un troisième mode de raisonnement qu'est le maintien d'une tradition de pouvoir comme source à la DPII et à son maintien.

Conditions de travail et pouvoir de la gestion. Il semble qu'en raison des attentes élevées de la gestion, les conditions de travail des infirmières soient altérées (Rodwell & Gulyas, 2013) et puissent être associées à la DPII et à son maintien (Bourbonnais et al., 1999). Par exemple, les études mettent en lumière l'exigence d'une productivité accrue malgré une augmentation de la charge de travail (Lavoie-Tremblay et al., 2014; Lavoie-Tremblay et al., 2008) que Taleghani, Ashouri, Memarzadeh, et Saburi (2018) qualifient d'excessive due à un manque de personnel, à un ratio infirmière/patients alarmant et à la quantité de travail clérical devant être accompli par les infirmières. Celles-ci doivent souvent composer avec une faible latitude décisionnelle (Met-Sang et al., 2004) et une déficience en formation continue (Vehko et al., 2019). Les conditions de travail contribuent au manque de temps pour accomplir les tâches relevant de l'infirmière (Hurtado et al., 2015; Taleghani et al., 2018). Il y a diminution de la qualité des soins professionnels

prodigués par l'infirmière (Bourbonnais et al., 1999) qui doit composer avec un nombre élevé de patients et accomplir des actes relevant d'autres travailleurs, et ce, sur une unité où il y a souvent un surpeuplement de patients, un manque de matériel et un manque de personnel (Al-Abdallah & Malak, 2019).

Manque de soutien au travail et pouvoir de la supervision. L'exercice d'une forme de pouvoir, liée à la supervision, pourrait entraver le soutien au travail et ainsi contribuer à la DPII et à son maintien. À ce sujet, certains superviseurs exposent les infirmières à une supervision continue et abusive, quoique défavorable puisqu'elle incite les infirmières à travailler intentionnellement plus lentement et avec peu d'effort (Estes, 2013). Certains superviseurs ne les supportent peu ou pas lors de problèmes avec les autres professionnels ou les autres unités (Decker, 1997) ou font preuve d'un leadership exploitant (Majeed & Fatima, 2020), que Schmid, Pircher Verdorfer, et Peus (2019) attribuent à un « [...] leader qui se comporte de manière excessivement égoïste et exploite les [employés] [...] » (p. 1402, traduction libre). Il peut même y avoir un manque de soutien lors de situations stressantes (Ta'an et al., 2020), lorsque les infirmières font face à la mort (Kagan, 2020) ou lorsqu'elles vivent de la violence de la part de patients agressifs ou de leur famille (Newman et al., 2021). Quant à la supervision faite par des collègues plus expérimentées, Decker (1997) présente la hiérarchie et l'ancienneté dans l'unité comme une forme de pouvoir informel qui peut miner le soutien aux infirmières moins expérimentées.

Dispositions et pouvoir personnel de l'infirmière en regard du pouvoir disciplinaire.

Plusieurs auteurs rapportent que des caractéristiques individuelles des infirmières, telles que la fatigue, le faible capital psychologique ou certaines dispositions de leur

personnalité, peuvent augmenter leur vulnérabilité à la détresse psychologique et, selon la présente étude, pourrait contribuer à son maintien. Bien que ces caractéristiques soient d'ordre personnel, elles prennent un sens particulier lorsqu'analysées dans le contexte des normes de performance, de conformité et d'autodiscipline propres au pouvoir disciplinaire décrit par Foucault (1975). À la lueur des articles retenus, il est possible de constater une surveillance intériorisée et une augmentation de la charge mentale. Par exemple, la fatigue (Bazazan et al., 2018), l'épuisement professionnel (Alshawish & Nairat, 2020) et l'insécurité d'emploi (Liu et al., 2021) peuvent être vus comme des manifestations de l'autosurveillance induite par des attentes implicites de performance constante dans le système de soins. Un autre constat repose sur une normalisation et une comparaison sociale. Par exemple, la comparaison défavorable avec d'autres professionnels (de la Sablonnière et al., 2012), ou le faible sens de la cohérence face aux dilemmes moraux (Hisadomi & Togari, 2024), témoignent d'un conflit intérieur lié à l'intériorisation de normes de « bonne infirmière ». Il existe aussi un examen et une évaluation constante. Par exemple, le manque d'engagement et de satisfaction (Al Maqbali, 2024), les désirs de démission (Stefanovska - Petkovska et al., 2020) ou les symptômes somatiques (Eldin et al., 2021; Hwang et al., 2022) peuvent être perçus comme les conséquences d'un stress généré par un environnement d'évaluation continue (supervision, indicateurs de rendement, audits cliniques). À ceci s'ajoutent des stratégies de résistance. Par exemple, la pleine conscience (Karo et al., 2024) ou les thérapies cognitivo-comportementales (Badriyah et al., 2025) pourraient être interprétées comme des formes contemporaines de

« technologies de soi », permettant aux infirmières de résister partiellement à la normalisation de leur comportement et à la pression du rendement.

Objectifs spécifiques de la recherche

En plus de mettre en exergue les postulats sous-jacents aux résultats des 61 recherches retenues, la démarche de problématisation a permis de cartographier ces résultats, d'en dégager six idées maîtresses puis de défragmenter ces dernières sous forme de trois modes de raisonnement correspondant à trois perspectives (ou plans) de la réalité sociale. Les constats dégagés précédemment nous amènent à formuler la question spécifique de recherche suivante : Comment les pratiques sociales, retrouvées au quotidien en milieu hospitalier, contribuent-elles au maintien de la DPII? Celle-ci se décline en trois objectifs spécifiques :

- Décrire comment les pratiques sociales, liées aux rapports individuels, contribuent au MDPII en s'arrimant à la description de la violence symbolique selon Bourdieu.
- Décrire comment les pratiques sociales, liées aux rapports collectifs, contribuent au MDPII en s'arrimant à la description des conflits de valeurs entre les mondes selon Boltanski et Thévenot.
- Décrire comment les pratiques sociales, liées aux rapports avec l'organisation, contribuent au MDPII en s'arrimant à la description du pouvoir disciplinaire selon Foucault.

De nouveaux éléments s'étant précisés quant à l'étude du MDPII, nous argumentons qu'il était devenu nécessaire d'explorer ce phénomène sous l'angle de l'objectivation des formes de pouvoir qui sous-tendent les pratiques sociales et leur normalisation. Pour ce

faire, le besoin de consolider la pensée de ceux qui sont devenus les auteurs-clés de cette recherche, jamais jusqu'à présent réunis dans la littérature scientifique, fut le tremplin à la création inusitée de l'architecture conceptuelle (ACÉPSI) telle que présentée au chapitre suivant.

Le chapitre en bref...

Ce chapitre fut une plaque tournante pour réagir à une lignée de recherches ayant exploité l'identification des lacunes (*Gap Spotting*) (Alvesson & Sköldberg, 2018), mais dont les résultats ne semblent pas avoir eu d'impact sur la DPII, d'où le maintien de la DPII dans les organisations :

- Guidée par des mots-clés et leurs syntagmes, la recension s'est montrée riche en informations à propos des variables indépendantes contribuant à la DPII et à son maintien, un des enjeux psychologiques du travail (Dejours, 2016) du personnel infirmier. Mais les résultats des études retenues étant spécifiques à chaque étude a rendu difficile d'isoler une constance.
- Si la force des 61 études retenues est d'avoir traité d'un sujet d'actualité, à l'unisson des pays et des disciplines, la position néopositiviste des auteurs et l'utilisation unique de l'identification des lacunes ont levé le voile sur le fait qu'il existe une lacune dans la littérature scientifique concernant la compréhension du MDPII.
- Les résultats des études retenues sont issus d'un ensemble varié d'instruments de mesure. De plus, la terminologie du construct de la détresse psychologique fluctue au sein d'une même recherche et/ou d'une recherche à l'autre, un « flou »

scientifique qui rend difficile la comparaison des résultats, voire même de circonscrire l'étude d'une problématique telle que le MDPII.

À la lueur de ce qui précède, il fut pertinent de poser de nouveaux jalons pour l'étude du phénomène du MDPII. La démarche de problématisation s'est avérée appropriée en ce sens :

- La démarche de problématisation, suggérée par Alvesson et Sandberg (2011, 2014) et adaptée pour la présente recherche, fut utilisée afin de « [...] perturber la reproduction et la continuation d'un raisonnement institutionnalisé. » (p. 32) et ainsi sortir des sentiers battus de l'identification des lacunes.
- Une cartographie des résultats a fourni une mosaïque de six idées maîtresses.
- Soumise aux écrits de Bourdieu (1972), de Boltanski et Thévenot (1991, 2022) et de Foucault (1975), la défragmentation des idées maîtresses a livré trois « modes de raisonnement » (Machi & McEvoy, 2022, pp. 100, traduction libre de *Reasoning Patterns*) : la violence symbolique, les conflits de valeurs et le pouvoir disciplinaire.
- Cet agencement interdimensionnel pourrait être envisagé comme une dynamique constante, associée au maintien de la détresse psychologique (MDPII) au travail. Plus spécifiquement, si un épisode conjuguant tensions de valeurs, pouvoir disciplinaire et violence symbolique peut déclencher une manifestation ponctuelle de la DPII, alors la répétition intersites et pour les quatre cas de tels épisodes serait susceptible de favoriser non plus l'expression de la DPII, mais bien son maintien (MDPII).

L'atteinte des objectifs invite ainsi à reconsidérer la DPII non plus simplement comme un construit normatif et objectivement mesurable, mais plutôt en tant que phénomène social interdimensionnel enraciné dans le maintien de certaines pratiques sociales qui relèvent à la fois de l'individuel, du collectif et de l'organisationnel.

.

**Architecture conceptuelle pour l'étude de phénomènes sociaux interdimensionnels
(ACÉPSI)**

Ce chapitre présente le cadre de référence de la thèse. N'étant pas déduit d'une théorie préconçue, mais plutôt bâti de sorte à consolider les auteurs-clés, mobilisés lors de la défragmentation des idées maîtresses au chapitre précédent, il est préférable de parler d'architecture conceptuelle plutôt que de cadre de référence. La lectrice et le lecteur sont invités à découvrir cette architecture conceptuelle qui rompt avec les conventions, à assister à la réunion sociophilosophique des auteurs-clés de la recherche puis à prendre connaissance de l'architecture conceptuelle et de ses composantes. La dernière section, « Le maintien de la DPII (MDPII) », offre de jeter un regard à l'opérationnalisation en vue de l'analyse des données.

Une architecture conceptuelle qui rompt avec les conventions

Baert et Silva (2010) avancent qu'une théorie, en l'occurrence une architecture conceptuelle, ne devrait pas servir à faire cadrer la réalité dans un schème préétabli. Vouer l'étude de la compréhension du MDPII à un emprunt conceptuel connu et quantitatif – tout comme l'ont fait les auteurs des études retenues pour circonscrire un problème – serait de réduire l'étude du MDPII à des construits mesurables voués à être déclinés en dimensions, puis en indicateurs, pour former des indices. Il aura fallu créer l'architecture conceptuelle pour « [...] remettre en question les idées dominantes et les hypothèses prises pour acquises. » (Alvesson & Sandberg, 2014, pp. 971, traduction libre). D'oser utiliser le terme « architecture » pour évoquer une formule novatrice n'est pas un isolat scientifique; Lévi-Strauss l'a jadis emprunté pour signifier que « [...] la culture, [...] possède une architecture

similaire à celle du langage. » (Lévi-Strauss, 1958, p. 78). Ajoutons que d'identifier cette création à titre d'*Architecture conceptuelle pour l'étude de phénomènes sociaux interdimensionnels* (ACÉPSI) équivaut à relier scientifiquement cette structure intellectuelle à l'Alma Mater qui a vu sa création. Bien que l'ACÉPSI fût conçue par une infirmière, pour l'étude d'un phénomène infirmier, le MDPII, la consolidation d'auteurs-clés donne la possibilité d'utiliser cette architecture conceptuelle à d'autres domaines que le domaine infirmier.

Une réunion sociophilosophique pour l'étude du MDPII

La réunion sociophilosophique de Bourdieu (1972), Boltanski et Thévenot (1991, 2022) et Foucault (1975) sous un même toit causera sûrement un inconfort à plusieurs, mais il aurait été difficile d'aborder la compréhension d'un phénomène social interdimensionnel à l'aide des travaux d'un seul de ces trois auteurs-clés. Il est vrai que la littérature scientifique des milieux de la sociologie n'a de cesse de nous orienter vers les tensions, les antinomies ou la confrontation de leur position théorique. Mais plutôt que de soutenir une hiérarchisation des approches sociologiques, comme le font par exemple Masquelier (2019), Wacquant (1989) ou Atkinson (2020), nous avons préféré nous inspirer de la pensée de Susen (2015) pour qui les « apories » (p. 158), ou contradictions présumées insolubles, portent en elles un point de convergence qui est de considérer ces approches comme étant réflexives plutôt que dogmatiques.

Bourdieu (1993) lui-même établira un parallèle entre l'interdépendance des visions de la réalité sociale et les liens familiaux; seule la diversité et la posture des personnages qui l'occupent permettent de définir ce qu'est la famille. D'ailleurs, Atkinson (2020), à

l'intérieur d'une de ses critiques de Boltanski, s'est incliné en avouant que l'élaboration conceptuelle, lorsque soumise à de multiples visions sociologiques, fournit l'avantage de saisir toute l'essence de la structure et de la dynamique d'un phénomène social. Ainsi, bien que Bourdieu se concentre sur les interactions individuelles et les rapports de force dans un contexte donné, Boltanski et Thévenot (1991, 2022) offrent une grille d'analyse des systèmes de valeurs qui structurent les collectifs tandis que Foucault (1975) inscrit ces interactions dans un cadre institutionnel et normatif.

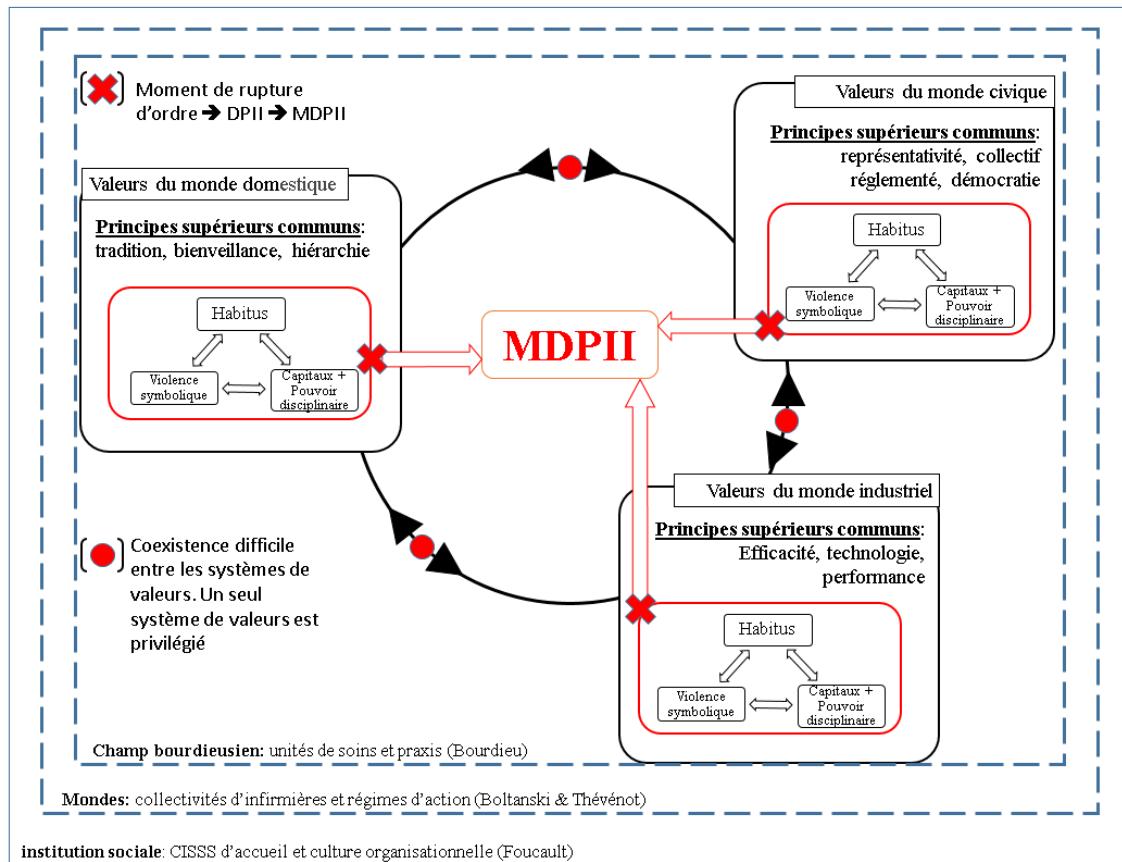
Bref, en réponse à la recension des écrits qui a révélé un malaise sous-jacent à la DPII, pressentie contribuer à son maintien sur la base de valeurs divergentes entre deux individus, deux groupes d'individus ou avec l'organisation, Susen (2015) et Vazquez Garcia (2002) concèdent que même si des auteurs se situent à des strates différentes des interactions sociales (l'individuel, le collectif et l'organisationnel), ils ont ceci de commun qu'ils s'inscrivent dans la critique des effets nuisibles pour l'émancipation sociale. C'est justement parce qu'ils se situent à des strates différentes de la réalité sociale qu'il est permis de réunir ceux-ci dans une architecture conceptuelle établissant des relations de va-et-vient illustrées par des flèches à doubles pointes, à la Figure 3, entre les plans individuel, collectif et organisationnel de la réalité sociale. Au fur et à mesure de la présentation de l'ACÉPSI, l'apport du maillage entre les auteurs-clés est souligné.

L'ACÉPSI et ses composantes

L'ACÉPSI sert de base à la méthodologie et à l'analyse des données. L'ensemble est composé des lieux, de trois mondes, d'un appareil de justification axiologique inséré à

Figure 3

Schéma de l'ACÉPSI



l'intérieur de chaque monde et de l'encadré central où s'inscrit le MDPII à titre de résultante du processus.

Les lieux

Les lieux, où se déroulent les praxis, cintrent le pourtour du schéma comme autant d'éléments télescopiques pointillés pour exprimer leur consolidation au regard des auteurs-clés, ce qui répond à la tension conceptuelle soulevée par les études retenues. Par exemple, le respect de la hiérarchie propre au monde domestique, tel que présenté par Boltanski et Thévenot, ne s'oppose pas à la lecture de Bourdieu ni à celle de Foucault : il en révèle

plutôt la dimension normative et symbolique. Dans le champ hospitalier, ce respect de la hiérarchie s'exprime à travers des valeurs de loyauté, d'ancienneté ou de proximité, qui justifient et légitiment les rapports d'autorité décrits par Bourdieu, tout en participant aux mécanismes de contrôle observés par Foucault. Ainsi, la culture organisationnelle n'est pas un simple décor, mais un espace d'articulation entre structure, pouvoir et justification, un lieu où la domination s'exprime sous des formes à la fois légitimes, intériorisées et symboliquement acceptées.

Les lieux, tels que décrits dans la Figure 3 – champs, mondes et institutions – ne se succèdent pas selon un ordre hiérarchique, mais s'imbriquent dans une dynamique télescopique où chaque niveau éclaire une facette du réel. D'abord se trouve l'institution sociale de Foucault (1975) concrètement représenté par un CISSS (en particulier celui où est conduite la collecte d'information de la présente thèse) et sa déclinaison symbolique, la culture organisationnelle. Quant aux lieux symboliques de différenciation que sont les régimes d'action, ils sont concrétisés par les collectifs infirmiers (Boltanski & Thévenot, 1991, 2022). Enfin les unités de soins, en tant que champs bourdieusiens où se déroulent les actions infirmières individuelles, sont à lier à l'espace symbolique de la praxis.

Les mondes

À l'intérieur du cadre abritant les lieux et leur composante symbolique, se trouve les éléments structurants du MDPPII, une vue consolidée de trois des six mondes de Boltanski et Thévenot (1991, 2022) – les mondes domestique, civique et industriel – lesquels sont désignés par le principe supérieur commun à l'effigie des valeurs de chaque monde. Le cercle fléché qui interrelie les mondes dépeint les interactions axiologiques entre chacun

des mondes tandis qu'un point rouge signifie que la coexistence s'avère difficile entre des systèmes de valeurs différents. Ultimement, il se produit un moment de rupture d'ordre, signifié par un « X » à la Figure 3, pour exprimer que l'issue des interactions sociales, qui partent de chaque appareil de justification axiologique, va rejoindre le cœur du schéma où se trouve l'encadré du MDPII en tant que pivot central d'une recherche axée sur l'étude de ce phénomène.

Les études retenues ayant toutes ciblé un malaise à la source de la DPII et pressenti contribuer à son maintien; nous croyons que l'infirmière adhérant aux valeurs d'un seul collectif, autrement dit qui cherche à ne privilégier qu'un seul principe supérieur commun, résulte en une résistance envers le principe supérieur commun des autres collectifs infirmiers (mondes), ce qui demande de poser un regard sur l'appareil de justification axiologique.

L'appareil de justification axiologique

L'ACÉPSI tend à supporter que les éléments structurants menant au MDPII est fondé sur la controverse et l'exploitation des ordres de valeurs en tant que moteur pour soutenir une des formes de pouvoir qu'est la justification d'un régime d'action. De cette position de la recherche est né l'appareil de justification axiologique inséré à l'intérieur de chaque monde. Cet appareil sert à actionnaliser les stratégies de justification présentées par Boltanski et Thévenot (1991, 2022) et est composé des concepts phares que sont l'habitus, les capitaux, la violence symbolique et le pouvoir disciplinaire, un ensemble qui aiguille l'issue des interactions sociales vers le MDPII.

L'appareil de justification axiologique s'inspire de Boltanski et Thévenot (1991, 2022), pour qui les acteurs, en situation de tension, cherchent à rétablir un ordre commun en s'appuyant sur des registres de justification. Ces registres – le monde domestique, le monde industriel et le monde civique – ne décrivent pas des valeurs institutionnelles objectives, mais des cadres de référence mobilisés par les acteurs pour donner sens à leurs pratiques et défendre leur position. Pour cette raison, l'appareil de justification axiologique met de l'avant Bourdieu pour expliquer comment l'habitus et les capitaux orientent les justifications possibles; tous les acteurs n'ont pas le même accès symbolique aux registres de légitimité. L'intégration de Foucault permet de prolonger cette perspective. Avec Foucault, on saisit comment les relations de pouvoir traversent ces justifications, contraignant parfois la parole, modulant la reconnaissance, et façonnant le sujet même du discours.

Ainsi, le dialogue entre ces auteurs rend possible une lecture plus fine du conflit axiologique : un espace où les valeurs sont à la fois invoquées, hiérarchisées et régulées par des forces sociales qui les dépassent. Puisque l'appareil de justification axiologique se trouve au cœur même de la compréhension du MDPII, il faut se tourner vers l'apport conceptuel des auteurs-clés pour en saisir l'essence.

Appart conceptual de Bourdieu (1980)

Dans le monde micro des unités de soins, Bourdieu (1980) présenterait le pouvoir sous la forme de rapports de force entre deux infirmières au cœur d'une praxis teintée par les éléments constitutifs bourdieusiens des pratiques sociales que sont l'habitus, les capitaux et la violence symbolique. Il existe de nombreux autres concepts bourdieusiens, mais seuls

ces concepts centraux furent choisis pour l'étude du MDPII puisque significatifs lors de l'exploration des rapports de forces entre deux infirmières des unités de soins, dont le point de départ est l'habitus rehaussé de la capacité de l'infirmière à mobiliser ses acquis que sont les capitaux mais dont le dénouement peut s'avérer être une expérience de violence symbolique à la suite de l'internalisation d'une manifestation de violence symbolique (Bourdieu, 1972, 1976).

Puisque Bourdieu compartimente la société en termes de champs, il placerait l'infirmière à l'intérieur d'unités de soins, un espace structuré qui possède ses propres « règles du jeu », ce qui en fait un lieu propice de rivalité et de concurrence pour quiconque veut se distinguer de l'autre. En tant qu'empreinte sociale acquise dès l'enfance puis lors de la scolarisation (Bourdieu, 1972), l'habitus de l'infirmière s'établit telle une structure cognitive qui lui fournira ces « règles du jeu » pour qu'elle puisse s'imposer à l'intérieur de l'unité de soins en tant qu'espace de compétition sociale (Bourdieu, 1976, 1986b; Bourdieu & Passeron, 2016). À ces règles fournies par l'habitus, s'ajoute l'habileté de l'infirmière à mobiliser ses capitaux (Bourdieu, 1972). À la base des quatre capitaux – économique, culturel, social et symbolique – réside deux logiques qui chapeautent tous les autres capitaux : le capital économique et le capital symbolique (Bourdieu, 1986a). Dans les unités de soins, le capital économique représente l'efficacité que Bourdieu associe à un mode de transaction dominant, lequel confère un avantage hiérarchique réel ou symbolique (Bourdieu & Wacquant, 1992). Pour les infirmières, il se rattache aux connaissances, aux relations et aux réseaux sociaux favorables à la notoriété (capital social) ainsi qu'aux titres, connaissances et diplômes nécessaires à l'avancement institutionnalisé (capital culturel).

Bien que les capitaux interviennent en tant que marqueurs de l'autorité que l'infirmière possède pour se démarquer, dominer et éviter d'être dominée, Bourdieu ajoute que ces acquis n'ont qu'une valeur relative qui fluctue selon les règles du jeu du champ culturel où ils sont déployés : un « [...] capital n'existe et ne fonctionne qu'en relation avec un champ [...] » (Bourdieu & Wacquant, 1992, p. 71). D'autre part, le capital symbolique (Bourdieu, 1972, 1980) devient un outil de soumission qui fait passer pour légitimes des « [...] schèmes de perception [...] » (Bourdieu, 1997, p. 245). Lors d'un rapport de force impliquant deux infirmières, le capital symbolique entend assurer une reproduction de la subordination, menant à une expérience de violence symbolique chez l'infirmière que l'on cherche à dominer. Cependant, le capital symbolique serait invalidé par l'utilisation d'un capital économique que Bourdieu associe à un mode de transaction dominant (Bourdieu, 1976).

Bourdieu écrit que la notion de violence symbolique est centrale. Il s'agit d'une manifestation de violence précisément parce qu'elle conduit à la contrainte et à la subordination des individus, mais elle est également symbolique car réalisée indirectement, sans force physique manifeste, donc méconnaissable parce qu'euphémisée. Cependant, le succès de la subordination de l'autre dépend de l'acceptation puis de l'internalisation de la manifestation de violence symbolique par les personnes que l'on cherche à dominer. Ainsi, la manifestation de violence symbolique ne résulte en une emprise durable que si l'infirmière réceptrice perçoit que, par cette manifestation, son *habitus* et ses valeurs centrales ont été brimés.

Ce sera au fil d'un entretien avec Wacquant que Bourdieu détaillera les sept formes que peut prendre une manifestation de violence symbolique (Bourdieu & Wacquant, 1992). Pour fin de la présente analyse, ces sept formes se conjuguent ainsi : 1) domination : emprise symbolique parce qu'acceptée comme l'évidence à la suite d'un travail incessant de reproduction de la part d'un autre acteur; 2) somatisation arbitraire : intériorisation corporelle des rapports de domination lorsqu'un acte n'est pas motivé par une bonne raison au sens moral, n'est pas socialement juste ou bon pour tous (infirmière et/ou patient); 3) contrainte par le corps : inclue, pour cette recherche, l'obligation du « corps » d'obtempérer, par exemple, à un TSO, à une polyvalence professionnelle infirmière ou à un contrôle du temps; 4) inculcation : évoque les efforts de persuasion par la tromperie; 5) injustice : suggère la discrimination et la partialité; 6) division : sous-entend le manque de respect, les injures, les insultes, le rejet et le favoritisme, et; 7) coercition : inclut les contraintes non négociables ainsi qu'une imposition externe avec obligation d'obéir sans y avoir consenti.

Dans l'entretien avec Wacquant, Bourdieu évoque la somatisation arbitraire parmi les formes que peut prendre la violence symbolique aux côtés de la domination, de la contrainte par le corps, de l'inculcation, de l'injustice, de la division et de la coercition. Ici, il ne s'agit pas de la somatisation au sens clinique, c'est-à-dire de symptômes sans cause organique, mais d'un processus par lequel le corps devient le lieu d'inscription du social. Dans le contexte du soin, cette somatisation arbitraire s'exprime dans le corps tendu, dans les muscles fatigués de celles qui se plient à des exigences impossibles. Elle se manifeste dans la manière de se tenir, de se taire, de demeurer droite même lorsque

l'injustice courbe l'âme. Le corps porte alors les marques de la domination, non pas parce qu'il souffre d'une blessure organique, mais parce qu'il incorpore l'ordre symbolique qui le traverse et le constraint. C'est dans cette intérieurisation silencieuse des rapports de pouvoir que la violence symbolique trouve sa pleine efficacité : elle s'impose sans fracas, sous le couvert du devoir, du soin, du professionnalisme, laissant au corps la charge d'exprimer ce que le discours ne peut dire

D'après Susen (2015), Bourdieu (1972) partage avec Boltanski & Thévenot (1991, 2022) un intérêt pour les rapports sociaux quotidiens entre les gens, cependant l'approche bourdieusienne, contrairement à celle de Boltanski et Thévenot (1991, 2022), ne soutient pas la compréhension de pratiques sociales lorsque l'interaction conflictuelle se situe dans une réalité collective, par exemple entre deux groupes d'infirmières des unités de soins. Pour y arriver, il faudra arrimer à la perspective bourdieusienne des praxis la dynamique qui existe entre les mondes selon Boltanski et Thévenot (1991, 2022).

Apport conceptuel de Boltanski et Thévenot (1991, 2022)

En explicitant les économies de la grandeur, Boltanski et Thévenot (1991, 2022) ont proposé des concepts associés aux mondes et à leur régime d'action collective pour mettre en lumière les interactions sociales lorsque différents systèmes de valeurs doivent coexister. En faisant valoir la logique d'une justification qui sert de paravent aux intérêts des habitants d'un monde, ou collectif, la non-résolution des situations de discorde sur fond de conflits de valeurs est fondée sur la controverse et l'exploitation des ordres de grandeurs des autres mondes. Le processus de justification, en tant que forme de pouvoir, cache alors une idéologie qui cherche à positionner un monde comme supérieur à un autre,

une interaction conflictuelle qui se déroule au cœur d'une praxis de discorde et de justification. Prenant alors appui sur les axiomes du régime d'action de son collectif, l'infirmière, en tant que membre de « son monde », se positionne à propos de ce qu'elle conçoit être juste et vrai pour la pratique professionnelle infirmière.

L'apport conceptuel de l'approche boltanskienne s'inscrit dans la description des six mondes telle que détaillés par Boltanski et Thévenot (1991, p. 367 à 420) : inspiration, domestique, opinion, civique, marchand et industriel. Seuls trois des six mondes – domestique, civique et industriel – ont été retenus aux fins de la présente recherche. En s'arrimant aux écrits de Boltanski et Thévenot (1991, 2022), ces mondes s'avèrent pertinents pour décrire le fondement des valeurs qui sous-tendent le MDPII lors de relations collectives conflictuelles. Pour le monde domestique, la bienveillance et la discrétion se déploient sous l'égide de la tradition et d'une hiérarchie supérieure. Au cœur des valeurs de ce monde prime la supériorité hiérarchique de patrons devant inspirer distinction et confiance et qui, en ce sens, sont redevables du respect et de l'obéissance en tant que sources d'autorité. Un autre monde existe, le monde civique, lequel valorise la volonté générale qu'est la prééminence du collectif et la représentativité des gens en autorité pour concentrer cette force collective. L'aspiration aux droits civiques et une participation unifiée se trouvent au cœur des valeurs de ce monde. Enfin, le monde industriel est animé par le besoin de répondre aux impératifs d'un système, ce qui porte ombrage aux conventions et accords des autres mondes. Leurs valeurs impliquent de s'intégrer dans les rouages de l'organisation, ce qui exige une efficacité que procure la standardisation des fonctions comprises dans une articulation spatio-temporelle. Le choix

de ces mondes sera validé à l'analyse des données où ils seront découverts, de façon naturelle, au fil des témoignages des UIIs.

Les trois autres mondes de Boltanski et Thévenot (1991, 2022) n'ont pas été retenus car considérés inadéquats pour une recherche visant les praxis infirmières dans les unités de soins. Ainsi, le monde de l'inspiration est au cœur des valeurs et des pratiques du champ des arts et de la culture, celui de l'opinion appartient au champ de la communication et des médias, tandis que le monde marchand s'enracine dans le champ de l'entrepreneuriat et de la finance. Entièrement guidé par les écrits de Boltanski et Thévenot (1991, p. 96), le Tableau 5 dresse un portrait des trois mondes retenus dont les régimes d'action servent à soutenir les efforts de persuasion et les actions posées pour faire valoir le bien-fondé, voire l'exclusivité, d'une position axiologique en appui du processus de justification.

Selon Susen (2015), si Boltanski et Thévenot (1991, 2022) soutiennent la compréhension de pratiques sociales lorsque l'interaction conflictuelle se situe dans une réalité collective, une limite théorique est que ces auteurs n'expliquent pas le combat qui se joue au quotidien sur le plan individuel entre acteurs à l'intérieur de chaque monde. D'après Susen (2015), la perspective bourdieusienne de praxis, telles que motivées par l'habitus, permettrait de débusquer la dynamique qui existe au cœur de chaque monde et entre les mondes. Dès lors, nous suggérons que la vision de Boltanski et Thévenot (1991, 2022) bénéficierait d'un maillage avec l'approche bourdieusienne puisque le recours à la justification prend toute sa force dans les arguments d'un des trois mondes où chaque infirmière trouve écho à des valeurs sommées par son habitus, autrement dit à sa prédisposition à interagir d'une certaine façon avec ce qui a été objectivé et avec les gens.

Tableau 5*Les trois mondes retenus de Boltanski et Thévenot (1991, 2022) et leur régime d'action*

Régimes d'action	Domestique	Civique	Industriel
Principe supérieur commun	Tradition et hiérarchie	Prééminence du collectif	Efficacité Performance
Réalité (selon chaque monde)	Interdépendance familiale	Démocratie de l'institution	Système où chaque être a sa fonction
État de grand	Distingué, fidèle, poli	Unitaire Légal	Fiabilité fonctionnelle
État de petit	Impoli Vulgaire	Division	Inefficace Improductif
Épreuve de grandeur	Nomination Cérémonies familiales	Manifestation pour une juste cause	Hiérarchie Solution réaliste
Répertoire des objets	Titres hiérarchiques	Droits Législation	Stratégies Objectifs
Répertoire dispositifs	Politesse Savoir-vivre	Équipement et matériel	Standardisation spatiotemporelle
Formule d'investissement	Serviabilité	Dénoncer l'assujettissement	Balance entre efforts et rentabilité
	Devoir accompli		

Mais étant donné que les infirmières des unités de soins évoluent dans un milieu hospitalier régi par un ordre social à la verticale (Foucault, 1975; Susen, 2015), le champ Bourdieusien tout autant que les collectivités s'insèrent dans ce que Foucault (1973) considère être un contexte budgétaire et stratégique.

Apport conceptuel de Foucault (1975)

Foucault (1975) met en lumière trois mécanismes que sont les pouvoirs souverain, pastoral et disciplinaire. Mais parce que cette étude s'intéresse au MDPII au sein des unités de soins du CISSS d'accueil, seul le pouvoir disciplinaire s'est avéré approprié. En effet, le pouvoir souverain aurait signifié que la détresse psychologique de l'infirmière puisse être le résultat d'une « sobriété punitive » (Foucault, 1975, p. 20), un assujettissement obtenu à l'aide de supplices corporels. Quant au pouvoir pastoral, et bien que l'évaluation annuelle de l'infirmière lui demande une « confession » à la subordination au biopouvoir

(Foucault, 2004; Holmes & O' Byrne, 2006), il ne couvrait que la DPII associée à la « chasteté » morale de l'infirmière. Puisque cette étude s'intéresse au MDPI via les praxis quotidiennes en milieu hospitalier, seul le pouvoir disciplinaire de Foucault a été retenu (Tableau 6).

Le pouvoir disciplinaire remet en question un pouvoir naturel, en activant le « pouvoir de la norme » (Foucault, 1975, p. 186) et se présente pour supporter les capitaux au cœur d'une praxis d'assujettissement. En tant qu'une des formes de pouvoir, Foucault aborde le pouvoir disciplinaire telle une relation insidieuse de « dressage » finement réglée (Foucault, 1975, p. 182) reliée à une idéologie technocrate. Le tout est enchassé à l'intérieur de stratégies réfléchies et subtiles (Foucault, 1975, pp. 30-31) qui se déclinent comme suit, au sens foucaldien : a) la surveillance hiérarchique, qui enregistre tout écart de conduite à une norme, n'est nulle autre qu'un contrôle où la contrainte passe par le jeu du regard pour induire les effets du pouvoir; b) la sanction normalisatrice est une procédure d'assujettissement qui utilise des procédés subtils – privations, humiliations, indifférence, double système de gratification/sanction – pour punir les conduites jugées déviantes. Elle prend racine dans une mesure valorisante d'un individu qui ne se conforme pas à la norme préétablie, que celle-ci soit réelle ou fictive, et; c) le cérémonial de l'examen, tel le point culminant des deux autres techniques de dressage, est un rituel disciplinaire d'assujettissement considéré par Foucault comme « une expression somptuaire de puissance » (Foucault, 1975, p. 189).

« L'examen » ne renvoie donc pas à une évaluation formelle unique, mais à un ensemble de pratiques discursives et administratives – par exemple réunions d'équipe,

Tableau 6*Le pouvoir disciplinaire selon Foucault*

Pouvoir disciplinaire	
Détenteurs du pouvoir	Gestion technocrate, collège des médecins, culture organisationnelle, direction des soins
Types de pouvoir	Insidieux, subtil, diffus, direct/indirect.
Stratégies utilisées	Stratégies axées sur l'inconscient : surveillance hiérarchique, sanctions normalisées, examen froid et impartial des dominés

suivis de rendement, rétroactions hiérarchiques, rapports d'incidents, évaluations de performance – qui toutes visent à mesurer l'écart entre le comportement attendu et le comportement observé. Ce rituel d'évaluation constante, intériorisé par les acteurs, contribue à l'assujettissement des infirmières à la norme institutionnelle de productivité, d'efficacité et de maîtrise émotionnelle. Dans le contexte du MDPII, l'examen opère comme un mécanisme de reconduction du pouvoir normatif : il transforme la détresse en un objet d'évaluation plutôt qu'en un symptôme d'un dysfonctionnement organisationnel. La travailleuse en détresse devient ainsi le sujet à « corriger », celle qui doit prouver sa capacité d'adaptation, son engagement et sa « résilience ». Ce déplacement de sens, de la souffrance vers la conformité, illustre pleinement le pouvoir disciplinaire à l'œuvre dans les pratiques quotidiennes des unités de soins. De ce point de vue, l'examen, tel que pensé par Foucault, ne se limite pas à un geste médical ou administratif : il constitue un moment de visibilité du pouvoir, où s'articulent savoir, contrôle et production du sujet obéissant.

Une telle domination cognitive rend possible d'assujettir le corps des travailleurs et ainsi assurer le respect d'une norme de productivité. Enfin, il précise que le pouvoir disciplinaire pourrait être arbitraire lorsque tributaire de la personnalité et du système de valeurs de l'évaluateur.

En s'appuyant sur les travaux de Foucault (1975), il est possible d'interpréter les dynamiques à l'œuvre dans les unités de soins comme l'expression d'un pouvoir disciplinaire visant à encourager l'obéissance des infirmières et leur alignement sur la norme institutionnelle, définie ici par les besoins thérapeutiques propres à « l'action médicale » (Foucault, 1975, p. 174) à laquelle les soins sont subordonnés. Cependant, et parce qu'il existe autant de normes qu'il y a de mondes et de régimes d'action, cette non linéarité du pouvoir invoque une nuance d'importance qu'ajoute Foucault lorsqu'il précise que le pouvoir disciplinaire « [...] est celui d'un réseau de relations de haut en bas, mais aussi jusqu'à un certain point de bas en haut et latéralement; [...] » (Foucault, 1975, p. 179). En conséquence, si pour Foucault les techniques de dressage et le cérémonial de l'examen se déroule généralement dans un contexte institutionnalisé, un pouvoir disciplinaire utilisé hors d'un encadrement institutionnalisé, comme par exemple en situation de discorde entre deux infirmières, serait qualifié « d'informel ».

Dans les unités observées, le pouvoir disciplinaire ne se déploie pas uniquement du haut vers le bas : il circule, s'infiltre dans les interactions du quotidien. En ce sens, les infirmières deviennent parfois les vectrices d'un pouvoir informel, relayant la norme en la réaffirmant entre elles. La sanction normalisatrice s'y exprime dans des gestes apparemment anodins : un commentaire sur une tenue jugée « inappropriée », un regard désapprobateur face à une collègue qui s'écarte du modèle attendu, une remarque ironique sur une façon de parler ou de s'émouvoir. Ces micro-corrections, loin d'être marginales, participent à un processus d'auto-discipline collective où la conformité devient le gage de reconnaissance professionnelle.

Si le pouvoir disciplinaire, lorsqu'il vise l'assujettissement à la productivité, produit un impact sur les praxis infirmières au quotidien (actions individuelles contextualisées), ces mêmes praxis deviennent un lieu de résistance si les infirmières décident délibérément d'ignorer la consigne ou refusent d'obtempérer lorsqu'elles perçoivent un manque de considération pour le soin. Il en va tout autant pour le processus de justification des collectifs infirmiers qui peut résulter en une contestation du pouvoir disciplinaire. Voilà donc une limite théorique de la perspective foucaldienne qui invite à faire un maillage avec les perspectives bourdieusienne et boltanskienne.

Détresse psychologique

L'encadré du MDPII représente le pivot central d'une recherche axée sur l'étude d'un phénomène pressenti être le résultat de stratégies de justification visant l'exclusivité. Dans le cadre de cette recherche, la détresse psychologique se comprend d'abord, selon Ilfeld (1976), comme un regroupement de symptômes émotionnel et cognitif qui se caractérise par la dépression, l'anxiété, l'irritabilité et les troubles cognitifs (Ilfeld, 1976).

Toutefois, dans le contexte des milieux de soins, cette détresse dépasse la seule dimension individuelle. Elle s'enracine dans des conditions organisationnelles et symboliques où les infirmières, prises dans des tensions de valeurs, des injonctions paradoxales et des rapports de pouvoir diffus, voient leur capacité d'agir restreinte. C'est dans cet espace d'injonctions et de justifications que se déploie le maintien de la détresse psychologique (MDPII) : non pas comme une simple réaction aux contraintes, mais comme un phénomène social et relationnel, produit et reproduit par les pratiques mêmes censées le prévenir.

Le maintien de la DPII (MDPII)

Le MDPII est pressenti être le résultat de stratégies de justification visant l'exclusivité axiologique au détriment du bien commun. En prenant l'exemple du monde civique, cette résistance envers le principe supérieur commun des autres mondes pourrait se dérouler comme suit. Une infirmière souscrit à un système de valeurs qui la prédispose à analyser son environnement social selon les règles prescrites par son habitus (Bourdieu, 1972). Dès lors, en harmonie avec son habitus, une infirmière qui aspire à participer à un collectif réglementé va tout naturellement adhérer au principe supérieur commun du monde civique qu'est la prééminence du collectif. Pour elle, l'état de grand se trouve dans l'interdépendance du groupe à l'opposé de l'individualisme qu'elle considère être un état de petit. Pour défendre sa position axiologique lors d'un conflit, en raison de son habitus, l'infirmière voudra activer les capitaux de son régime d'action, des acquis composés du répertoire des objets et des dispositifs de son monde (le monde civique); il peut s'agir d'une lettre d'entente, de son permis de pratique, de la qualité de la dispensation des soins aux patients de l'unité ou de la notoriété que lui accorde son statut de professionnelle du soin dans l'unité. Le pouvoir disciplinaire devient l'instrument pour activer ses capitaux et ainsi justifier l'exclusivité de son régime d'action lorsque se présente une difficulté de coexistence entre les valeurs de plus d'un monde (par exemple entre le monde civique et le monde domestique). La mise en action du pouvoir disciplinaire se déploie par l'utilisation des techniques de dressage même si celles-ci sont considérées « informelles » (Foucault, 1975, p. 179). C'est à l'aide d'une surveillance hiérarchique que l'infirmière adhérant aux valeurs du monde civique pourra juger, par exemple, si ses droits ou ses

valeurs professionnelles sont respectés. Si une infirmière adhérant aux valeurs d'un autre monde ne respecte pas la norme civique priorisée, suivra une sanction normalisatrice tel un rappel à l'ordre pour que le comportement perçu non professionnel de « l'autre » infirmière puisse de nouveau rencontrer la norme relative au principe supérieur commun du monde civique. Quant à la sanction normalisatrice, une UII adhérant aux valeurs du monde domestique pourrait, par exemple, critiquer ouvertement une collègue sur son style vestimentaire qu'elle juge inapproprié pour représenter la profession. C'est à l'intérieur d'un cérémonial que l'examen verra à quantifier et à qualifier le laisser-aller de l'autre infirmière pour s'assurer que son comportement déviant soit normalisé. Dans l'impossibilité de trouver un compromis avec l'infirmière, dont les actions reposent sur un habitus enraciné aux valeurs d'un autre monde, le conflit axiologique non résolu est suivi d'un moment de rupture d'ordre. L'infirmière dont les valeurs ont été lésées fera alors l'expérience de violence symbolique suivie de l'expression de détresse psychologique (DPII) laquelle, si le conflit demeure en souffrance, évoluera vers le MDPII. Le Tableau 7 présente cette séquence en tant qu'éléments structurants du MDPII.

Le chapitre en bref...

- Étroitement liée à la démarche de problématisation, la consolidation des travaux des auteurs-clés à l'intérieur de l'ACÉPSI représente un socle pour la déclinaison des pratiques sociales contribuant au MDPII.
- Pour illustrer les luttes de compétition entre collectivités, telles que véhiculées par le principe supérieur commun d'un des trois mondes retenus de Boltanski et Thévenot (1991, 2022), le schéma de l'ACÉPSI situe le MDPII comme la résultante

Tableau 7

Éléments structurants du MDPII

B) DÉPLOIEMENT DE STRATÉGIES

Mandatées par l'habitus : dispositions à voir la vie et à se comporter, provenant de la socialisation familiale et scolaire. Détermine le choix exclusif du principe supérieur commun d'un monde et de son régime d'action par l'infirmière (Bourdieu, 1972).

Arguments issus des capitaux : ressources dont dispose chaque infirmière pour se démarquer au cœur d'interactions sociales (Bourdieu, 1972).

Capitaux activés par le pouvoir disciplinaire : à l'aide des trois techniques de dressage (Foucault, 1975) :

- **Surveillance hiérarchique** : fonction de surveillance et de contrôle. Exercice de la discipline par le jeu du regard.
- **Sanction normalisatrice** : sous peine de punitions, vérifier que l'infirmière rencontre une norme institutionnelle (établie par l'institution) ou privée (établie par une collectivité ou par une autre infirmière).
- **Cérémonial de l'examen** : combine la surveillance hiérarchique et la sanction normalisatrice dans une cérémonie hautement ritualisée pour différencier et sanctionner.

C) ABSENCE
DE
COMPROMIS

**Moment de
rupture
d'ordre :**

Incapacité
d'en arriver à
un
compromis.

Violence symbolique comme résultat d'un rapport de force à visée exclusive : expérience de violence symbolique lorsque l'habitus et les valeurs centrales de l'infirmière ont été brimées (Bourdieu, 1972).

Détresse psychologique : suivant l'expérience de violence symbolique, expression par l'infirmière d'une détresse psychologique caractérisée par un état dépressif, un état anxieux, de l'irritabilité ou de la colère et une difficulté à comprendre le sens d'une consigne liée au contexte des soins.

D) RÉSULTANTE

MDPII : les conflits demeurés en souffrance, parce que non résolus, résultent dans le maintien de la DPII.

d'un appareil de justification axiologique composé par l'habitus, les capitaux, la violence symbolique et le pouvoir disciplinaire.

- Lorsque les conflits demeurent en souffrance, il se produit un moment décisif et charnière qu'est la rupture d'ordre pressentie dégénérer vers le MDPII.

Le chapitre Méthodologie et méthodes viendra étoffer l'ACÉPSI en déposant les bases d'une structure visant la compréhension du MDPI.

Méthodologie et méthodes

Dans le chapitre précédent, nous proposons une réponse théorique à la question spécifique : Comment les pratiques sociales, retrouvées au quotidien en milieu hospitalier, contribuent-elles au maintien de la DPII? Ce présent chapitre soumet la démarche méthodologique empruntée afin de répondre empiriquement à la question spécifique de recherche et permettre l'atteinte des trois objectifs suivants :

- Décrire comment les pratiques sociales, liées aux rapports individuels, contribuent au MDPII en s'arrimant à la description de la violence symbolique selon Bourdieu.
- Décrire comment les pratiques sociales, liées aux rapports collectifs, contribuent au MDPII en s'arrimant à la description des conflits de valeurs entre les mondes selon Boltanski et Thévenot.
- Décrire comment les pratiques sociales, liées aux rapports avec l'organisation, contribuent au MDPII en s'arrimant à la description du pouvoir disciplinaire selon Foucault.

Ainsi, après avoir présenté la méthodologie telle que liée à la posture ontologique, suivra le dispositif méthodologique et les méthodes, qui expliquent le détail des paramètres de la recherche, puis le processus d'analyse des données auquel se rattachent trois niveaux d'interprétation herméneutique. La section Considérations éthiques et intégrité méthodologique (rigueur scientifique) emboîte le pas pour conclure ce chapitre.

Méthodologie et posture ontologique

Au chapitre précédent, nous avons décrit le MDPII sous le jour d'un phénomène résultant de pratiques sociales contextualisées ce qui correspond, dans les mots de Bourdieu, à la praxis. Pour supporter cette conception, le choix s'est arrêté sur la phénoménologie des pratiques de Van Manen (2014, 2023). En proposant que la pierre angulaire des pratiques sociales (Heidegger, 1926; 1967; Van Manen, 2014, 2023) soit les situations familiaires de la vie quotidienne, la phénoménologie des pratiques s'avère toute indiquée pour comprendre le MDPII hors de la réalité « réelle » de la science – si je puis m'exprimer ainsi – et dépasser la zone de confort scientifique de l'identification des lacunes vers une immersion au cœur de l'essence même du phénomène (Alvesson & Sandberg, 2014, p. 971).

En 2017, Van Manen écrira que la phénoménologie interprétative herméneutique de Heidegger (1926; 1967) est une réflexion philosophique qui a pour but d'orienter les déterminants de la stratégie de recherche en un ensemble narratif formé de « descriptifs expérientiels » (Van Manen, 2017, p. 776, traduction libre de *Experiential Materials*), de récits d'expérience subjectifs mais concrets (Flick, 1999) qui guident les résultats vers les praxis vécues. La phénoménologie des pratiques est de plus une méthode herméneutique qui permet d'accueillir l'interprétation de l'expérience à l'aide de « symboles » (Van Manen, 2014, p. 25) retrouvés au cœur des praxis infirmières quotidiennes. Issus de cette posture ontologique, des enjeux épistémologiques cautionnés par l'ACÉPSI et d'une volonté de questionner les approches conventionnelles en recherche (Alvesson & Sandberg, 2014) est né l'ancrage des composantes de la stratégie de recherche qui s'inscrit

dans le courant herméneutique auxquels souscrivent Van Manen (2014, 2023), Stake (2006) et Miles, Huberman, et Saldaña (2019). Si Van Manen (2014, 2023) a rendu possible d'aborder la compréhension du phénomène du MDPII par le biais d'expériences et de situations vécues, l'étude de cas multiple (Stake, 2006), en tant que méthodologie de la recherche, permet d'éviter un carcan méthodologique en laissant place à une interprétation intuitive des événements qui façonnent l'activité dans le contexte particulier où ils se produisent (Stake, 2006; Van Manen, 2014, 2023). Enfin, pour répondre aux questions spécifiques, le cadre d'analyse emprunté s'inspire de la description de cas multiples selon Stake (2006) et des méthodes d'analyse descriptive de Miles et al. (2019).

Dispositif méthodologique et méthodes

Dispositif méthodologique

Stratégie de recherche : Stake (2006) et l'étude de cas multiples

La préséance fut donnée à l'étude de cas multiples selon Stake (2006) pour sa promesse de répondre aux « pourquoi » et aux « comment » (Stake, 1995) du MDPII en contournant le « pré-connu » et le « pré-étudié » pour tenter d'objectiver ce qui est en apparence subjectif et d'englober la complexité du MDPII en favorisant l'émergence du phénomène dans le contexte naturel dans lequel il se produit (Stake, 2006). Afin de dépasser l'évidence concrète (Stake, 1988), Stake (1995) fait appel à l'art d'une construction sociale de la réalité où les résultats s'enchâssent à l'intérieur d'une structure flexible, telle que proposée par Stake (1995). Dans le cadre de cette étude, cette structure flexible permettra d'accueillir les découvertes et de préserver les multiples réalités du MDPII dans tout leur symbolisme et leur évanescence à l'aide d'artefacts qui sont en réalité les cas. En ce sens, Stake (2006)

fut préféré à Yin (2014, 2018) dont l'étude de cas est liée à une approche jugée trop rigide qui demande au chercheur d'utiliser un cadre de référence formel et de faire un parallèle entre ses résultats et, préféablement, des hypothèses existantes. Cette rationalité révèle une approche servant à mettre de l'avant la relation de cause à effet d'un problème mais qui nous éloigne de la compréhension du phénomène du MDPII comme nous l'avons mis de l'avant dans les chapitres précédents.

Méthodes

Explicitée dans les lignes qui suivent est la stratégie de sélection, laquelle englobe les diverses catégories d'unités ainsi que la sélection du contexte et du milieu.

Plan d'échantillonnage

Sous le plan d'échantillonnage se précisent plusieurs catégories d'unité. Les artéfacts qui sont en réalité les cas deviennent, par le fait même, les unités de cas. À ceux-ci se greffent les praxis, ou unités d'analyse, soit les actions au quotidien des infirmières et infirmiers des unités de soins. En tant que vecteurs pour témoigner de ces praxis les infirmières et infirmiers participant à la recherche furent destinés à devenir les unités informationnelles infirmières (UIIs)². Enfin, pour sa capacité à fournir des renseignements à propos des sources informationnelles documentaires et des quatre artéfacts, l'informateur-clé est devenu une unité collaboratrice. Leur type de sélection est explicité

² Les auteurs demandaient de choisir entre les mots « acteurs » (Stake, 2006), qui est de l'ordre du conceptuel, et « participants », de l'ordre opératoire. Mais puisque le mot « participant » est souvent utilisé lors de recherches portant sur les personnes et non sur les praxis, comme c'est ici le cas, il fut décidé que l'emploi de l'acronyme UII(s) (unité(s) informationnelle(s) infirmière(s)) éviterait de possibles confusions. Quant au mot « acteur », il sera utilisé lorsque sa propriété générique évite d'orienter le texte vers la vulnérabilité d'un groupe spécifique.

dans les lignes qui suivent. Le plan d'échantillonnage se termine par la sélection du contexte et du milieu.

Sélection des unités d'analyse : les praxis. Le caractère herméneutique de cette recherche veut rendre compte de la genèse, du sens, de la signification et de l'interprétation des pratiques sociales pressenties contribuer au MDPII et, pour ce faire, demande une incursion dans le quotidien. Puisque Bourdieu (1972) associe la connaissance à la phénoménologie et à un savoir objectivé de l'expérience liée à la structure et à la représentation des relations qui se déploient au quotidien, la praxis des infirmières a été choisie en tant qu'unité d'analyse. Dans l'esprit de la phénoménologie herméneutique, sous la lunette de Van Manen (2014, 2023), il devient possible de mettre en lumière ces praxis en se servant d'artéfacts en tant que contextes.

Sélection des unités de cas : les artéfacts. Du point de vue de la sociologie classique, donc structuro fonctionnaliste, un artéfact est une construction humaine dépourvue d'un symbolisme idéologique ou culturel (Parsons, 1964). Cette explication ne convenait pas à la posture ontologique de la présente recherche. Il fallut se tourner vers les travaux de Lévi-Strauss (1958), sur le structuralisme anthropologique, qui précisent que l'artéfact est beaucoup plus que l'objet; il transmet un message de règles structurantes sans rapport matériel avec l'objet. Pour sa part, Lee (2007) considère qu'un artefact est un objet qui représente plus que sa simple forme physique. Il joue un rôle dans la négociation des limites et se retrouve fréquemment au sein de situations de travail plutôt routinières où son symbolisme sombre dans l'oubli.

Chez Bourdieu (1972), la signification de l'artefact en est une ambiguë puisqu'à sa fonction utilitaire vient s'ajouter la charge symbolique d'un outil de rituel symbolique servant à provoquer dans le but de se démarquer et de dominer, mais aussi de délimitation intentionnelle d'un champ physique de travail puisqu'il incarne et reproduit physiquement les structures subjectives représentatives des normes et de la culture du champ dans lequel il est utilisé (Bourdieu, 2001). Les artefacts présentent un point de contention lié à un mécanisme de domination au cœur d'un rapport de force (Bourdieu, 2001). Pour Boltanski et Thévenot (1991, 2022), l'artefact est représentatif de l'objet que les habitants d'un monde mobiliseront pour imposer, aux autres mondes, des valeurs rattachées à leur principe supérieur commun d'où la possibilité d'un conflit de valeurs mais aussi d'un compromis. Boltanski et Thévenot (1991, 2022) verraient que ces objets puissent favoriser les disputes entre les mondes en jouant un rôle dans la justification axiologique tout autant que dans la négociation des limites comme, par exemple, l'importance d'une procédure à suivre ou d'une entorse au respect des droits des infirmières. Foucault (1975) voit l'artefact comme un objet mis en place par l'organisation, lequel est investi d'un pouvoir disciplinaire pour l'imposition d'une directive en tant que moyen de sanctionner et de contrôler pour mobiliser la production.

Dans le cadre de cette thèse, un échantillonnage théorique dirigé (*purposive sampling*) fut utilisé pour sélectionner les artefacts, en tant qu'unités de cas, en fonction de leur capacité à nourrir les éléments théoriques de l'ACÉPSI. Ceux-ci sont des objets ou des situations retrouvés au quotidien dans les unités de soins du CISSS d'accueil, des incontournables intimement liés à la praxis. Au nombre de quatre, les artefacts-cas forment

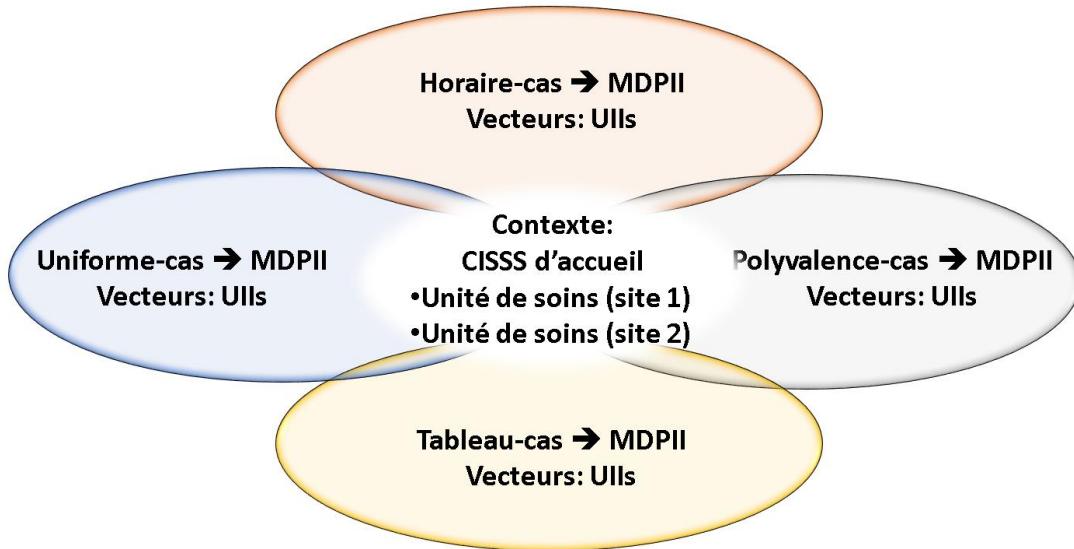
une adéquation satisfaisante avec le nombre minimal de cas selon Stake (2006). De plus, ce nombre laisse présager que les témoignages demeurent satisfaisants dans le cas où une infirmière ne se sentirait pas concernée par l'un ou l'autre des artéfacts dont le choix est justifié et explicité à la prochaine section. Toutefois, puisque les artéfacts circonscrits dans un contexte/milieu forment un cas – donc un artéfact-cas – et que les cas sont intrinsèquement paramétrés à l'avance dans un contexte qu'ils symbolisent (Stake, 1995, 2006), la Figure 4 dresse un bref portrait du contexte dans lequel est serti chacun des cas. Leur présentation suit un ordre alphabétique.

Premier artéfact : les horaires de travail des infirmières. L'artefact des « horaires de travail des infirmières », parfois abrégé par horaire-cas, incarne simultanément un instrument de pouvoir disciplinaire, un objet de dispute et porte en lui une charge de violence symbolique. Parmi tous les artéfacts disponibles, ce premier artéfact a été retenu car, d'un point de vue conceptuel, il constitue un terrain particulièrement propice au MDPII.

Lorsque le pouvoir disciplinaire (Foucault, 1975) s'exerce par le biais d'une décision unilatérale imposant une norme, celle-ci peut devenir source de conflits de valeurs (Boltanski et Thévenot, 1991, 2022). C'est le cas, par exemple, de l'établissement des horaires, qui inclut des décisions relatives à l'octroi de vacances ou de journées de congé, parfois refusées ou accordées de manière inégale entre les infirmières d'une même unité. Ces disparités peuvent s'expliquer par l'ancienneté, mais également, dans certains cas, par des logiques de priviléges (Wright, Mohr, & Sinclair, 2014). À ces conflits de valeurs s'ajoute l'expérience d'une violence symbolique, ressentie notamment lorsque les

Figure 4

Illustration des quatre artéfacts-cas au cœur de la présente étude de cas multiples



infirmières perçoivent un manque de soutien de la part de collègues et/ou de leur supérieure immédiate, ce qui peut engendrer des sentiments d'amertume (Almost et al., 2016; Wright et al., 2014). Ainsi, l'horaire-cas peut devenir le vecteur de pratiques perçues comme étant du favoritisme, une manifestation de violence symbolique que Bourdieu (1994) associe à une stratégie de reproduction des rapports de domination et de l'ordre social établi.

Second artéfact : la polyvalence professionnelle infirmière. La polyvalence professionnelle infirmière (abrégée ici en polyvalence-cas) a connu un essor fulgurant dans les milieux hospitaliers (Raoui, 2017). Présentée comme une stratégie managériale visant à pallier les déficits en ressources humaines (Raoui, 2017), elle s'inscrit, d'un point de vue conceptuel, dans une logique de pouvoir disciplinaire (Foucault, 1975). Par la réaffectation d'une infirmière dans une autre unité, indépendamment de son expertise professionnelle

ou de son consentement (Van Schingen, 2017), la polyvalence professionnelle infirmière remet en question le respect des normes entourant la pratique des infirmières, tout autant que la prestation de soins de qualité et sécuritaires aux patients (Assemblée générale annuelle – OIIQ) (AGA, 2019). Promue par le management à l'aide d'arguments parfois arbitraires (Raoui, 2017), la polyvalence professionnelle infirmière devient le symptôme d'une soumission disciplinaire démocratisée, encadrée par une surveillance hiérarchique et consolidée par une sanction normalisatrice, telle une pénalité financière lorsqu'il y a désobéissance (Alvesson & Deetz, 2000a; Foucault, 1975). Dans ce contexte, elle devient propice à l'éclosion de conflits de valeurs (Boltanski et Thévenot, 1991, 2022) entre le groupe d'infirmières et la partie patronale. Ces conflits émergent notamment lorsque la logique managériale entre en contradiction avec des principes supérieurs communs valorisés par le collectif infirmier, tel que l'interdépendance des équipes et la qualité des soins (Wright et al., 2014).

A cet égard, Botte (2002) insiste que pour développer une véritable expertise, l'infirmière devrait être polyvalente au sein de sa propre unité et non à parcourir les différentes unités d'un CISSS. Une telle mobilité nuit à l'acquisition de connaissances (Botte, 2002), limite le développement du corpus de connaissances des sciences infirmières (Van Schingen, 2017) et comporte un risque d'incompétence dont pourrait souffrir le patient (AGA, 2019, p. 12). Sous la lunette de Boltanski et Thévenot (1991, 2022), la polyvalence professionnelle infirmière pourrait susciter un conflit puisque l'appauvrissement des qualifications infirmières et de l'interdépendance des équipes de soins (Wright et al., 2014) entre en contradiction avec le principe supérieur commun, une

valeur centrale prisée par un collectif infirmier réglementé. L'infirmière, ainsi déracinée de son secteur de spécialisation et non soutenue de la supérieure immédiate (Almost et al., 2016), se voit rétrogradée au statut de novice, selon la classification de Benner (1982), ce qui l'amène à remettre en question sa compétence et sa performance (Boileau, 2006; Raoui, 2017; Van Schingen, 2017). Ce vécu s'accompagne souvent d'un sentiment d'injustice (Wright et al., 2014). En somme, du point de vue conceptuel et comme l'a relevé Bourdieu (1987b), les mots (ici la « polyvalence professionnelle infirmière ») peuvent se transformer en stigmate lorsqu'ils dissimulent une représentation permanente d'une classe de travailleurs socialement construite et contrôlée.

Troisième artéfact : le tableau de répartition des patients. Le tableau de répartition des patients, ici abrégé à tableau-cas, recoupe à la fois les conditions de travail, les relations professionnelles ainsi que le soutien au travail. À ce titre, il rejoint les préoccupations centrales des auteurs-clés mobilisés dans l'ACÉPSI. Placé sous la responsabilité de la supérieure immédiate, le tableau de répartition des patients représente l'expression tangible d'une charge de travail excessive pour l'infirmière, que ce soit en raison d'un manque de personnel ou encore d'une répartition inégale des patients (Berry, Gillespie, Fisher, Gormley, & Haynes, 2016). Dès 2012, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) dénonçait, malgré de nombreuses requêtes soumises aux divers paliers de gestion et même au Ministère de la santé, l'inaction persistante des milieux face au problème de surcharge de travail des infirmières (Berry & Curry, 2012). Cette inaction peut être interprétée, sur le plan conceptuel, comme l'effet d'un pouvoir hiérarchique interne doté de mécanismes disciplinaires, reproduisant une dynamique

relationnelle de type maîtres et serviteurs (Foucault, 1975, 1982). Dans ce contexte, d'une part se trouve l'épuisement des infirmières lié à la surcharge de travail et, d'autre part, une dotation « maison » non fondée sur des données probantes (Berry et al., 2016). Sous l'angle de Boltanski et Thévenot (1991, 2022), le tableau de répartition des patients devient un objet typique du monde industriel, mobilisé pour justifier un principe supérieur commun, celui de l'efficience, où les infirmières viennent à ne plus se sentir soutenues par la gestion (Berry et al., 2016; Wright et al., 2014). A travers le prisme de Bourdieu (1987b), cette dynamique traduit une forme symbolique de l'affaiblissement du rôle clinique du personnel infirmier, contraint à une course contre la montre pour répondre aux exigences de performance et d'efficience imposées par la logique managériale. En contrepartie, les gestionnaires y perçoivent la performance du système, symbolisée par une unité de soins présentée comme efficace. C'est en raison de ces tensions, à la fois organisationnelles et conceptuelles, que l'artefact « tableau de répartition des patients » a été retenu dans le cadre de cette étude.

Quatrième artefact : l'uniforme infirmier. En plus de s'inscrire dans la pensée des auteurs-clés mobilisés, l'uniforme infirmier apporte une dimension originale, dans la mesure où sa signification peut varier d'une personne à l'autre. Selon Wright et al. (2014), la manière dont il est perçu influence le contexte professionnel dans lequel l'infirmière évolue. Représentatif des normes et règlements disciplinaires (Nazon, 2017), l'uniforme, par son uniformité même, manifeste un pouvoir disciplinaire (Foucault, 1975). Sous l'éclairage de Bourdieu (1979), il constitue un « capital culturel à l'état institutionnalisé » (p. 7), influençant la représentation de l'identité professionnelle. Depuis qu'une prise de

position de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), « actualisée » au contexte selon des critères contemporains et adaptés au type de clientèle (OIIQ, 2018, p. 4), laisse aux infirmières la liberté de choisir leur tenue vestimentaire, de nouveaux enjeux symboliques et normatifs émergent. Dans cette perspective, Boltanski et Thévenot (1991, 2022) verraient, dans l'uniforme, une source potentielle de conflit de valeurs au sein d'un même monde ou entre les mondes. Ce conflit peut opposer des infirmières, qui associent l'uniforme à leur conception du professionnalisme, à d'autres infirmières pour qui le choix d'une tenue non conforme ne remet nullement en question l'adhésion aux valeurs professionnelles. Un autre conflit de valeurs peut surgir lorsque des infirmières, issues de cultures différentes, interprètent et pratiquent différemment les codes vestimentaires associés à la profession (Saidun, Akhmetova, & Awang Abd Rahman, 2020). Bourdieu (1986a) ajouterait que le symbolisme de l'uniforme, associé au statut scientifique et au capital social de la profession, pourrait amener certaines infirmières à reconsiderer la forme et la fonction de l'uniforme. L'uniforme devient alors un instrument possible de redéfinition du capital, susceptible de « dégonfler » (p. 10) symboliquement le capital d'une classe de travailleurs au bénéfice de la classe dominante (Bourdieu, 1987b).

Sélection du contexte et du milieu : unités de médecine interne/chirurgie générale d'un CISSS. C'est à l'aide d'un échantillonnage dirigé générique que fut sélectionné le contexte en fonction de son lien avec la compréhension du MDPII et une suffisance d'UIIs potentielles pressentie faciliter l'atteinte des objectifs de la recherche (Stake, 1995). Le choix du milieu s'est arrêté aux sous-unités organisationnelles que sont les unités de médecine interne/chirurgie générale (ci-après abrégé par unités de soins) d'un Centre

intégré de santé et de services sociaux (CISSS). Cette décision se justifie par le grand nombre d'infirmières qui sont à l'emploi du Réseau de la santé et des services sociaux du Québec (86,7 % des 75 601) dont 49 % (37 045) dans les unités de soins généraux et spécialisés (Marleau, 2021). De plus, et tel que pressenti par l'expérience, ce type d'unité est un environnement physique paramétré par une culture organisationnelle hiérarchisée, un contexte professionnel polyvalent et de nombreuses interactions professionnelles qu'il est possible de relier à l'ACÉPSI.

Recrutement et ses critères

Recrutement du milieu et du contexte. Suite au choix du CISSS d'accueil, une première rencontre fut planifiée avec la direction des soins infirmiers (DSI) lors de laquelle les documents expliquant le but de l'étude et le choix de l'unité de travail furent soumis pour approbation puis acceptés. L'entente entre les deux parties donna lieu au processus menant à l'obtention du certificat éthique.

Recrutement des unités informationnelles infirmières (UIIs). En tant que vecteurs pour témoigner des praxis, les infirmières et infirmiers souhaitant participer à la recherche furent destinés à devenir les unités informationnelles infirmières (UIIs). Afin de lancer l'invitation au personnel infirmier des unités de soins du CISSS d'accueil, les chefs d'unité furent approchés dans le but de leur présenter l'étude et de recueillir leurs questions à propos des feuillets explicatifs préalablement acheminés par courriel. Tel qu'entendu lors de cette rencontre virtuelle, une courte vidéo fut produite pour être visionnée aux rencontres d'unités dans le but de présenter le projet et inviter les infirmières et infirmiers potentiellement intéressées-és à me contacter. Par la suite, des affiches et des feuillets

d'invitation furent acheminés à la DSi pour être placardés sur les murs des unités de soins et pour distribution aux postes des infirmières et à la salle des employés.

Critères d'inclusion et d'exclusion des UIIs. L'objectif de l'étude est de recueillir le récit d'infirmières et infirmiers à propos de leur praxis et ne prévoit aucune technique quantitative, non plus que de colliger les caractéristiques pour comparer l'échantillon à la population. Ainsi, n'ont pas été considérés comme critères de l'étude le genre, l'âge, le statut marital, le degré d'éducation et le nombre d'années d'expérience. À cet effet, la quasi-totalité des études (58/61) tend à soutenir que la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers se produit indépendamment du secteur d'activité, du milieu de soin ou encore des horaires de travail, caractéristiques que Raftopoulos, Charalambous, et Talias (2012) considèrent ne pas moduler la DPII.

Seuls quatre critères furent considérés. Les trois premiers critères d'inclusion sont les suivants : a) posséder un permis de pratique valide de l'OIIQ; b) occuper des fonctions cliniques (Marleau, 2021) sur une des unités ciblées, et; c) pouvoir lire et s'exprimer en français qui est la langue dans laquelle se déroule la recherche. Dû au fait que le recrutement des UIIs eu lieu en période de pandémie (COVID-19), un dernier critère d'inclusion concerne la nature hybride des rencontres. Pour une rencontre en virtuel, l'infirmière et l'infirmier devaient posséder une adresse courriel personnelle valide au moment des entrevues ainsi qu'une connexion Internet à partir d'un appareil doté d'un microphone. Toutes les UIIs rencontraient ces critères. Les rencontres en présentiel, pour leur part, étaient prévues se dérouler en conformité avec les consignes sociosanitaires qui

sévissaient à l'époque. Cependant, ce type de rencontre ne fut nullement sollicité par les UIIs.

Type d'échantillonnage des UIIs. La stratégie fut de sélectionner les UIIs à l'aide d'un échantillonnage dirigé générique (*purposive sampling*) accompagné d'une technique d'échantillonnage dirigé par réseau permettant l'ajout d'UIIs au profil similaire. Deux institutions du CISSS d'accueil ont répondu à l'appel. Le recrutement s'est fait de façon volontaire où les UIIs me signifiaient leur intérêt via un message courriel.

Nombre d'UIIs. Le but de la collecte de données n'était pas d'obtenir un nombre précis d'UIIs, ni même de documenter la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers, mais plutôt de recueillir des verbatim riches en signification (Jacob, 2007) et offrant une qualité informationnelle. En effet, cette recherche qualitative ne visait pas la saturation statistique, mais la compréhension approfondie des pratiques sociales liées au MDPII. La redondance des thèmes abordés à travers les récits recueillis permet toutefois de confirmer une saturation conceptuelle pour chaque artéfact-cas. En tant que témoins des praxis, les UIIs ont étayé leur récit avec force et détail rendant possible de documenter et de recomposer, pour chacun des artefacts-cas, une pratique sociale recoupant les objectifs spécifiques de la recherche pour les rapports individuels, les rapports collectifs et les rapports avec l'organisation. Le processus d'analyse préliminaire et d'interprétation ayant eu lieu simultanément avec la collecte de données, la saturation a été considérée atteinte avec les neuf UIIs rencontrées après avoir constaté la redondance des données (Miles et al., 2019; Stake, 1995).

Recrutement des unités collaboratrices : l'informateur-clé. En tant que personne ressource, l'informateur-clé s'inscrit dans le processus méthodologique puisque sa position, au sein du CISSS d'accueil, offrait une expertise souhaitée lors de l'analyse. À la différence du processus de recrutement des UIIs, un seul informateur-clé, choisi par le CISSS d'accueil, nous fut assigné. Quelques échanges courriels ont précédé l'unique rencontre, laquelle fut établie à sa convenance en fonction de son emploi du temps.

Critères d'inclusion et d'exclusion de l'informateur-clé. Tout comme pour les UIIs, l'informateur-clé devait pouvoir s'exprimer en français et posséder une adresse courriel personnelle valide au moment de l'entrevue, ainsi qu'une connexion Internet à partir d'un appareil doté d'un microphone puisqu'une rencontre en présentiel n'était pas souhaitée par souci de confidentialité.

Justification du nombre d'informateur-clé et du type d'échantillonnage. Concernant le nombre d'informateur-clé, il fallut se conformer à la décision de la DSI dont le choix fut de centraliser l'information en autorisant l'accès à un seul informateur-clé de leur choix. Selon la haute gestion, ce nombre était jugé suffisant sur le plan de la capacité informationnelle, notamment pour fournir des renseignements pertinents sur les politiques organisationnelles, les procédures, les protocoles, les règles, la convention collective ou tout autre informations liées à l'établissement et à la portée des quatre artefacts-cas, et ce, pour l'ensemble des unités de soins du CISSS d'accueil.

Collecte de données : instruments et déroulement

En regard d'un phénomène qui se maintient, tel que le MDPII, Stake (1995) conseille l'utilisation de plusieurs sources de collectes de données pour la rigueur du processus et sa capacité de mettre en lumière des détails qu'une seule méthode ne saurait révéler.

Instruments de collecte de données. Il y eu quatre formes d'instruments de collecte de données : un journal de bord, des sources informationnelles documentaires, ainsi que deux schémas d'entrevue semi-structurés, un destiné aux UIIs (Appendice B) et l'autre à l'informateur-clé (Appendice C).

Schéma et protocole d'entrevue. Contrairement à l'approche de la recherche classique, nous croyons que de poser des questions ciblant la détresse psychologique aurait eu pour effet de diriger le partage des UIIs vers des pratiques sociales répertoriées à l'avance ou même de brimer la nature de leur récit. Kvale (1996) puis Brinkmann et Kvale (2018) voyaient plutôt cet espace de dialogue sous l'angle d'une exploration dirigée et pour laquelle l'entrevue, sans pour autant être du type structurée ou complètement non directive, devait comporter un schéma d'entrevue qui permette d'encapsuler les témoignages des infirmières à l'aide d'un protocole axé sur le récit d'expérience. Prenant appui sur l'ACÉPSI et en accord avec la phénoménologie des pratiques de Van Manen (2014, 2023), les questions du protocole d'entrevue, serties à l'intérieur du schéma, se sont prêtées aux témoignages à propos d'une praxis professionnelle ancrée dans les artefacts-cas tout en accordant la liberté d'expression aux UIIs.

Produit hybride entre l'entrevue épisodique (EI) de Flick (1997) et l'entrevue par narration épisodique (ENE) de Mueller (2019), le protocole d'entrevue a soutenu une démarche abductive rendant possible la validation des interprétations en cours de partage. Huit étapes composent le schéma. La première consiste en une préparation à l'entrevue (Flick, 1997) que Brinkmann et Kvale (2018) centralisent autour d'un texte d'introduction et un retour sur les considérations éthiques pour ensuite s'assurer que l'UII soit confortable dans son rôle à l'aide d'une question brise-glace portant sur ses intérêts professionnels. Soutenant le premier niveau d'interprétation herméneutique (Alvesson & Sköldberg, 2018), le corps du schéma d'entrevue fut destiné au protocole d'entrevue par la cueillette de « récits d'expérience » (Mueller, 2019, pp. 1, traduction libre de *Stories of Experience*). S'y trouvaient quatre questions ouvertes, chacune recouvrant le symbolisme d'un des artéfacts-cas en tant que pôle réflexif de l'ACÉPSI et de son impact dans la praxis. Voici un exemple : « Parlez-moi d'une situation où l'horaire a été problématique pour vous ». La dernière étape du schéma d'entrevue offrait une zone tampon allouant une période de « de-focussing » soutenue par des remerciements (Flick, 1997). Une question de clôture a fourni des informations riches de sens en créant un parallèle entre les artéfacts et les valeurs de l'espace symbolique de la praxis des UIIs.

Les deux schémas d'entrevue furent mis à l'essai auprès d'infirmières et de collègues. Cet exercice suscita un remaniement des sous-questions guides qui, pour la plupart, orientaient le partage vers la description de l'artéfact en tant qu'objet plutôt que de faire ressortir le processus humain duquel émerge un point de contention. Lors des rencontres,

le protocole d'entrevue révisé a bel et bien fait ressortir les éléments significatifs prenant racine dans la praxis et balisé le discours autour des artéfacts-cas.

Sources informationnelles documentaires. Tel que le recommande Stake (1995), les sources informationnelles documentaires furent explorées avec soin. Un résumé a été produit afin d'étudier les règles associées à chacun des artéfacts-cas, lesquelles furent par la suite analysées en parallèle avec la perception qu'en ont les UIIs, selon leurs témoignages. Les documents furent recueillis par le biais de l'informateur-clé occupant un poste aux ressources humaines du CISSS d'accueil. Cependant, les documents retenus pour l'analyse ont été sélectionnés de manière à respecter les exigences de confidentialité du CISSS d'accueil tout en maintenant la rigueur méthodologique de la démarche. Ils comprenaient des rapports internes, des outils de gestion et des communications institutionnelles qui, à eux seuls, permettaient de reconstituer le contexte organisationnel et d'éclairer les dynamiques sociales propres à chaque cas. Le choix de ne pas inclure d'autres documents, tels que les politiques de bien-être au travail ou les ratios de sécurité des soins, s'explique par leur caractère transversal et normatif au sein du réseau québécois. L'objectif de la recherche n'étant pas de comparer des politiques formelles, mais de comprendre comment les pratiques et les justifications locales contribuent au maintien de la détresse psychologique, cette sélection s'avérait la plus pertinente et la plus cohérente avec le cadre analytique.

Journal de bord. Inspiré d'Alvesson et Sköldberg (2018) ainsi que de Berger (2015), le journal de bord a servi d'espace de recul pour soutenir mes observations et mes réflexions en regard des UIIs et du déroulement des entrevues. Son écriture m'a permis

d'entretenir un discours soliloque pour mettre à jour mes intuitions, mon évolution dans la réflexivité ainsi que ma place en tant qu'étudiante en recherche doctorale, et ce, afin d'organiser ma pensée et ainsi conserver l'intégrité du processus d'analyse des données.

Déroulement de la collecte de données. Au fur et à mesure que les infirmières et infirmiers me signalaient leur intérêt à participer à l'étude, une plage horaire fut convenue en prévision d'une rencontre selon leur préférence. Préalablement à l'entrevue virtuelle, et puisque chaque UII avait déjà reçu une copie du formulaire de consentement (Appendice D) incluant une description écrite de l'objectif et de la nature de l'étude (Brinkmann & Kvale, 2018), je me suis assurée d'une parfaite compréhension à propos de leur participation, de la confidentialité et de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. Chaque UII fut alors invitée à exprimer son consentement écrit par retour de courriel. Les UIIs furent rencontrées au fur et à mesure de l'état de l'avancement de la recherche.

Déroulement des entrevues. Au total, il y eut dix entrevues dont neuf auprès d'UIIs des unités de soins, de deux sites du CISSS d'accueil, et une dixième avec l'informateur-clé. L'entretien avec l'informateur-clé a été conduit peu après le début des entrevues auprès des UIIs. Ce choix méthodologique visait à mieux saisir les paramètres organisationnels et les particularités structurelles du CISSS d'accueil, tout en préservant la spontanéité des propos recueillis auprès des UIIs. La place de l'informateur-clé dans le processus a donc servi à ancrer l'analyse sans en orienter prématulement les résultats. Cette démarche a offert un éclairage complémentaire utile à la compréhension du contexte institutionnel, tout en limitant le risque de biais d'interprétation grâce à la confrontation constante entre les données issues des UIIs et celles provenant de la personne ressource.

La durée des entrevues individuelles a variée, à quelques minutes près, entre 55 et 90 minutes pour une durée moyenne de 60 minutes. Les UIIs n'ont été rencontrées qu'une seule fois. Les entrevues se sont déroulées seule à seule avec chaque UII et ont toutes été réalisées à distance, à partir d'une plateforme de communication vidéo unifiée (Zoom). Toutes les UIIs ont accepté d'être enregistrées; par contre seuls les audios ont été conservés, et ce, le temps de leur retranscription. Après chaque rencontre, l'étudiante en recherche doctorale a retranscrit les récits d'expérience « tel que dit » au format Word et a inscrit les notes de terrain en marge du texte. Elle a également procédé manuellement au codage, à la répartition ainsi qu'à l'analyse de l'ensemble des données, et ce, à partir de la plateforme Microsoft Office³. Bien qu'étant monocodeure et seule analyste des données, une compréhension solide des verbatim fut validée par de nombreux conseils scientifiquement informés (Brinkmann & Kvale, 2015, 2018). Une dixième entrevue en mode virtuel eu lieu avec l'informateur-clé. Lors de notre seule rencontre, son rôle s'est limité à décrire ce qui était inscrits aux sources informationnelles documentaires formelles à propos des éléments contextuels liés aux artefacts-cas.

Processus d'analyse des données : trois niveaux d'interprétation herméneutiques

En conformité avec l'investigation phénoménologique de Van Manen (2014, 2023), le processus d'analyse s'est déployé sous l'assise philosophique d'une réduction novatrice. Vu que ce processus d'analyse sert de fil conducteur pour alimenter trois niveaux d'interprétation (Alvesson & Sköldberg, 2018), au travers desquels se glisse l'analyse

³ Suite bureautique dont les logiciels Word, Excel et Power Point furent utilisés pour l'analyse.

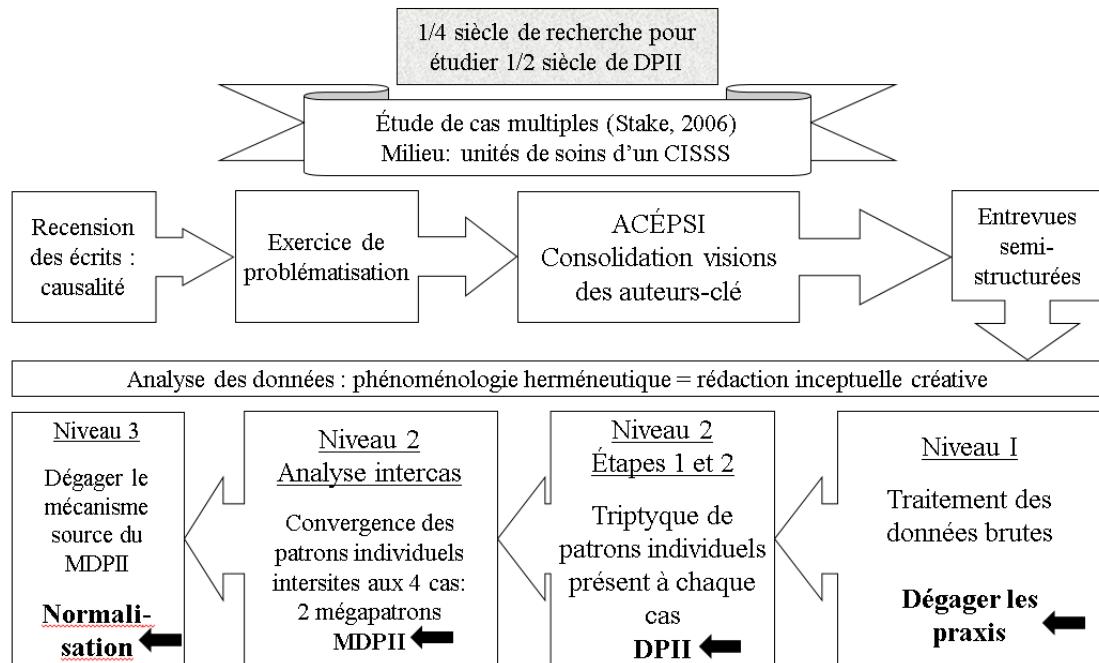
intercas, Saldaña (2021) informe le chercheur de la possibilité d'un schème de codification hybride et personnalisé. À la figure 5, une illustration du processus est présentée.

Premier niveau d'interprétation

À partir du matériau des entrevues, des notes de terrain et du journal de bord, ce premier niveau rend compte de ce qui compose la trame des expériences au quotidien (DeSantis & Ugarriza, 2000; Saldaña, 2021). Plus concrètement, pour chacun des cas, l'interprétation des données brutes (Van Manen, 2014, 2023) a permis de dégager des praxis. Pour ce faire, l'analyse s'est appuyée sur les descriptifs expérientiels/verbatim et les matrices conceptuelles cognitives (Miles et al., 2019, pp. 375, traduction libre de *Conceptual clustered matrix*).

Deuxième niveau d'interprétation

Le second niveau d'interprétation est une démarche en trois temps. Dans un premier temps, il s'agit d'interpréter les résultats du premier niveau d'interprétation en dégageant les praxis qui sont à la fois habilitantes et contraignantes pour les UIIs. Dans un second temps, un retour sur les notions clés de l'ACÉPSI met en lumière que les aspects contraignants des praxis se transforment en patrons de conflits de valeurs, de pouvoir disciplinaire et de violence symbolique et, en tant qu'éléments structurants, sont sources de la DPII pour chaque cas. Ce travail a été rendu possible en empruntant la trajectoire d'une réduction conceptuelle suggérée par Van Manen (2014, p. 380, traduction libre de *incipital reduction*) et soutenue par un support matriciel (Miles et al., 2019; Saldaña, 2021). Dans un troisième temps, une analyse intercas fut menée afin d'évaluer, d'une part, la variation des systèmes de valeurs et, d'autre part, l'étendue des patrons de conflits de

Figure 5*Aperçu du processus de recherche et d'analyse*

Ont contribué, à l'analyse des données, les verbatim et leurs annotations en marge, les sources informationnelles documentaires et le journal de bord.

valeurs, de pouvoir disciplinaire et de violence symbolique. L'évaluation de la variation des systèmes de valeurs sera guidée par trois questions : (1) Les systèmes de valeurs varient-ils entre les artefacts-cas? (2) Varient-ils au sein d'un même artefact-cas? (3) Varient-ils dans le temps chez les UIIs? Quant à l'étendue des patrons de violence symbolique, de pouvoir disciplinaire et de conflits de valeurs, deux questions orienteront l'analyse : (1) ces patrons apparaissent-ils dans un seul ou quelques artefacts-cas, ou sont-ils présents dans l'ensemble des quatre artefacts-cas? et (2) quelles combinaisons de ces trois patrons sont simultanément observables dans chaque artefact-cas (par exemple : violence symbolique et pouvoir disciplinaire; pouvoir disciplinaire et conflits de valeurs; ou encore les trois réunis)?

Les réponses à ces cinq questions permettront de dégager deux mégapatrons conceptuels. Le premier mégapatron concerne l'instabilité des systèmes de valeurs, observée entre les artefacts-cas, à l'intérieur de chacun d'eux, ainsi que dans le temps chez les UIIs. Le second mégapatron met l'accent sur la perception d'oppression professionnelle des UIIs, une oppression vécue de manière répétée, ancrée dans les praxis quotidiennes contraignantes et qui contribue à maintenir la détresse psychologique institutionnalisée (MDPII). Puisque ces mégapatrons se sont révélés communs à tous les artefacts-cas et confirment leur nature continue dans le temps, il est possible de conclure que les UIIs sont exposées de manière répétée à la DPII, ce qui explique le MDPII.

Troisième niveau d'interprétation

Le troisième niveau s'attarde au fondement du MDPII et plus particulièrement aux mécanismes sociaux au cœur des mégapatrons. Après avoir établi qu'il existe un parallèle entre les valeurs telles que saisies par les UIIs lors des témoignages et les mondes retenus, par choix inductif, de Boltanski et Thévenot (1991, 2022) (voir Chapitre Architecture conceptuelle (ACÉPSI)), l'analyse se concentre sur la cartographie de ces systèmes de valeurs. Afin de mettre en lumière les stratégies de justification des acteurs et leur rôle dans la non-résolution des conflits de valeurs et du MDPII, chaque situation de discorde est déclinée en fonction de l'appareil de justification axiologique de l'ACÉPSI. Cette étape est suivie d'une réduction inceptive (Van Manen, 2014) des mécanismes sous-jacents au MDPII en tant que témoin de la normalisation des praxis contraignantes.

Considérations éthiques et intégrité méthodologique (rigueur scientifique)

Considérations éthiques

Conformément aux principes éthiques et aux clauses de l'Énoncé de politique des trois Conseils (Instituts de recherche en santé du Canada) (IRSC, 2018), pour une recherche impliquant la participation de sujets humains, la présente étude a obtenu un certificat éthique, à la suite de l'approbation du projet par le comité éthique du CISSS d'accueil ainsi qu'un certificat éthique émis par l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (voir Appendices D et E). Cette recherche s'est déroulée dans le respect des cinq considérations éthiques qui suivent.

Puisque ce projet cherche à recueillir des pratiques sociales associées à la praxis, *l'accès aux participantes* fut de considérer toutes les infirmières et les infirmiers des unités de soins du CISSS d'accueil qui répondent aux critères d'inclusion. Invitées-és à titre de témoins, les unités informationnelles infirmières (UIIs) furent retenues en leur qualité de vecteur pour témoigner des unités d'analyse que sont les praxis.

L'obtention d'un *consentement volontaire et éclairé* des UIIs (Appendice D) et de l'informateur-clé (Appendice E) a été rendu possible grâce à une signature électronique confirmant leur désir de participer/collaborer ainsi que leur consentement à la publication des données recueillies, de façon dénominalisée et globalisée, par le biais de cette thèse. Bien qu'en version électronique, le formulaire leur a expliqué clairement le but de l'étude, la nature de la participation et la liberté qu'a le sujet de se retirer à tout moment. Advenant le souhait d'une UII ou de l'informateur-clé de se désister ou de mettre fin à sa

participation, les données afférentes auraient été immédiatement détruites. Or, aucun désistement ou abandon de participation n'a eu lieu.

Dans le *respect de la vie privée*, il n'y aura aucune mention, lors de l'écriture de la thèse et des articles subséquents, d'éléments qui pourraient faire en sorte que soit reconnu le milieu d'accueil et/ou l'identité des UIIs. Cependant, il sera mentionné que l'étude s'est déroulée auprès d'infirmières et d'infirmiers travaillant à l'une des deux unités de soins d'un CISSS de la province de Québec.

La *confidentialité* fut assurée par un accès exclusif aux coordonnées des UIIs par l'étudiante en recherche doctorale – qui est à la fois monocodeure, analyste et transcriptrice des données – ainsi que par un mode de traitement qui exclut tout partage. Afin d'enlever toute possibilité d'identification par un tiers, les données furent dénominalisées. Un code alphanumérique fut associé à chaque verbatim et seule l'étudiante en recherche doctorale a eu accès aux listes de codes et aux données qui furent archivées séparément et traitées à partir de son ordinateur personnel. Les données permettant d'identifier les participant(e)s sont conservées dans un (1) fichier et les audio/verbatim des UIIs furent conservés, le temps de leur retranscription, dans un autre fichier doté d'un code d'identification dont la clé se trouve dans le premier fichier. Les fichiers des données dénominalisées sont conservés à la résidence de l'étudiante en recherche doctorale, sur son ordinateur personnel, lequel est doté d'un code d'accès et d'un mot de passe. À la suite de la soutenance réussie et à la diplomation, la liste de codes sera détruite ce qui aura pour effet d'anonymiser irrévocablement les données. L'ensemble des documents numérisés – courriels, journal de bord et verbatim – sera consigné sur un périphérique d'entreposage

de mémoire de masse doté d'un mot de passe. Conformément à la politique de l'UQO en matière de conservation des données de recherche, ce périphérique sera entreposé, pour une période de cinq ans, dans le bureau verrouillé de l'étudiante en recherche doctorale, dans un classeur fermé à clé. Après la période de cinq ans, les données électroniques anonymisées seront éliminées du périphérique d'entreposage de mémoire de masse à l'aide d'un logiciel de destruction des fichiers qui les efface définitivement. Il n'existe aucun document papier à déchiqueter.

Quant aux *risques et inconvénients*, la participation à cette étude ne présente aucun risque supérieur à minimal, soit l'équivalent de risques encourus dans la vie quotidienne (IRSC, 2018). Les UIIs ne furent soumises à aucun inconvénient outre le temps consacré à leur participation en dehors des heures de travail.

Intégrité méthodologique (rigueur scientifique)

Selon Lincoln et Guba (1985), l'intégrité méthodologique d'une étude peut être évaluée à l'aide de la fidélité aux objectifs de l'étude et de l'utilité des résultats de recherche. Cependant, Rheinhardt, Kreiner, Gioia, et Corley (2018) prétendent que chaque étude est unique et que de vouloir s'adapter à une méthodologie préconçue n'implique pas automatiquement la rigueur. Pour cette raison, les critères de rigueur choisis sont ceux qui rejoignent les points de tension les plus soulevés par les UIIs. Il s'agit de la crédibilité, la transférabilité, la transparence et la réflexivité. Tous sont issus de Lincoln et Guba (1985) et actualisés par Rheinhardt et al. (2018). La description de la valeur fondamentale de chaque critère est immédiatement suivie des techniques correspondantes pour son application.

Si Lincoln et Guba (1985) affirment que le chercheur puisse démontrer la *crédibilité* de son étude en faisant approuver les résultats par les participantes-ts, George, Howard-Grenville, Joshi, et Tihanyi (2016) stipulent que la crédibilité provient plutôt de résultats qui sont appropriés au milieu car bien ancrés dans son contexte. Ainsi, la crédibilité (pertinence) des résultats repose sur l'analyse factuelle des données collectées, appuyée par des extraits de verbatim, des sources informationnelles documentaires, des notes de terrain ainsi que des impressions personnelles consignées au fil du processus. Le but étant de documenter les praxis et non le vécu des infirmières et infirmiers, les artefacts-cas choisis favorisent une description de la praxis, telle que vécue au quotidien dans les unités de soins des UII, en s'intéressant non pas à la fonctionnalité de l'objet, mais aux processus d'interaction humaine qui s'y cachent et qui sont liés à l'interdimensionnalité de la réalité sociale du MDPII.

Pour Lincoln et Guba (1985), la *transférabilité* suppose une description détaillée des données qui permettent de faire valoir l'applicabilité des résultats à d'autres contextes. À ceci, Rheinhardt et al. (2018) ajoutent qu'il importe de spécifier ce qui est sujet à être transféré et ce qui ne l'est pas. En ce qui concerne cette étude, il est possible que les pratiques sociales identifiées ne s'appliquent qu'au CISSS d'accueil comme étant la source du MDPII. Par contre, une contribution significative pour la transférabilité relève de la parité de ces pratiques sociales, pourtant ancrées dans un phénomène, avec des éléments qui ont préalablement été identifiés scientifiquement comme étant la cause du problème de la DPII. Qui plus est, la transférabilité tient à l'ancrage des résultats aux éléments

constitutifs de l'ACÉPSI, une structure qui pourrait être réutilisée lors de l'étude de phénomènes sociaux autres que celui du MDPII.

À la description détaillée des étapes du processus pour soutenir la *transparence* (Lincoln & Guba, 1985), Rheinhardt et al. (2018) ajoutent que malgré l'absence de tests statistiques, la transparence sert principalement à rassurer la lectrice et le lecteur de la rigueur du processus de recherche. Dans le cadre de cette recherche, il fut clairement illustré pourquoi la démarche de problématisation dut remplacer l'identification des lacunes (*Gap Spotting*). De plus, une description détaillée de l'ACÉPSI a présenté l'apport d'une vision sociophilosophique en soutien de l'interdimensionnalité de la réalité sociale du MDPII lorsqu'il existe une difficulté de coexistence des systèmes de valeurs dans les rapports individuels, les rapports collectifs et les rapports avec l'organisation. Enfin l'adéquation des descriptifs expérientiels à des pratiques sociales relève explicitement d'une réduction inceptive (Van Manen, 2014, 2023) selon la vision des auteurs-clés.

Si Lincoln et Guba (1985) affirment que la *réflexivité* est liée à la reconnaissance et à la transparence quant à l'influence des valeurs de l'étudiante en recherche doctorale sur sa recherche, Rheinhardt et al. (2018) ajoutent que la *réflexivité* nécessite un compte-rendu honnête de tout le cheminement. Tel que le suggèrent Alvesson et Sköldberg (2018) ainsi que Berger (2015), il fut bien sûr question de la tenue régulière d'un journal de bord. Mais cette recherche est ancrée à une démarche de *réflexivité* méthodologique herméneutique (Cunliffe, 2003) couvrant la définition et l'orientation de l'ensemble de la recherche, épaulées par une *réflexivité* radicale en tant que point d'ancrage pour y concilier mon parcours de vie professionnel et personnel. Cet ensemble *réflexif* a permis de conclure que

non seulement l'entièreté du processus ne fut nullement influencée par les valeurs personnelles ou la position de l'étudiante en recherche doctorale, mais qu'il fut au contraire le théâtre de multiples découvertes.

Le chapitre en bref...

Ce chapitre fut entièrement consacré à ancrer les paramètres de la recherche à sa posture ontologique tout autant qu'à présenter le processus d'analyse des données :

- La phénoménologie des pratiques de Van Manen (2014, 2023) fut choisie pour son apport inductif. En regard de cette vision phénoménologique, s'est ajoutée l'étude de cas multiples de Stake (2006), élaborée selon Miles et al. (2019).
- Il fut décidé de surnommer les infirmières et infirmiers d'unités informationnelles infirmières (UIIs) dû au stigmate pressenti être associé au terme « participants », suggérant que les résultats vont pointer vers leur vécu et non vers les praxis.
- Un protocole semi-structuré par narration d'épisodes a été créé afin d'aborder les points de contention liés à chacun des quatre artéfacts-cas lors des entrevues, sans pour autant priver les UIIs d'une liberté d'expression.
- Le processus d'analyse est ancré dans un schème de codification hybride et personnalisé, relié à l'investigation phénoménologique de Van Manen (2014, 2023) et déployé à l'aide de trois niveaux d'interprétation.
- Enfin, la section portant sur l'éthique se préoccupe à la fois des considérations éthiques et de l'intégrité méthodologique (rigueur scientifique) pour laquelle

l'apport traditionnel de Lincoln et Guba (1985) fut rafraîchi par le concours de Rheinhardt et al. (2018).

Ce chapitre est le pont entre l'ACÉPSI et le chapitre suivant intitulé « Analyses et résultats ». Au terme des analyses, la lectrice et le lecteur verront émerger la pertinence d'utiliser l'ACÉPSI pour répondre à la question générale de la recherche.

Analyses et résultats

Afin de répondre aux objectifs spécifiques de cette recherche, chacun des quatre artefacts-cas est soumis aux trois niveaux d’interprétation brièvement présentés au chapitre précédent. Plus précisément, le premier niveau articule les données brutes de sorte de dégager des praxis à partir de pratiques institutionnalisées. Il s’attarde à la vie ordinaire du travail infirmier, celle des routines, des gestes répétés, des décisions qui s’enchâînent dans le flux de l’urgence. Il met en lumière la manière dont les pratiques d’assignation, d’entraide et d’ajustement s’inscrivent dans l’organisation quotidienne du soin.

Au cours du second niveau d’interprétation, ces praxis – particulièrement celles jugées contraignantes par les UIIs – seront examinées sous la loupe des trois concepts-clés de l’ACÉPSI, soit les éléments structurants du MDPII, de sorte à dégager des patrons de conflits de valeurs, de pouvoir disciplinaire et de violence symbolique pour chaque artefact-cas au regard des UIIs. Ce second niveau s’intéresse aux résonances plus profondes de ces pratiques : la manière dont certaines d’entre elles deviennent sources de tension, d’injustice perçue ou d’épuisement, lorsque l’équilibre entre équité, reconnaissance et charge de travail se rompt. Ce passage d’un niveau à l’autre n’est donc pas une répétition, mais un déplacement du regard de l’observation vers la signification, du geste vers ce qu’il produit dans l’expérience vécue. Cela dit, ces dynamiques ne sont pas universelles. Les témoignages révèlent une diversité de milieux : dans certaines unités, la répartition du travail se fait dans un esprit d’équité et de soutien mutuel; dans d’autres, des tensions plus marquées émergent. Les analyses ne cherchent donc pas à généraliser

une conduite ou un mode de gestion, mais à comprendre comment certaines configurations relationnelles peuvent, dans certains contextes, fragiliser le sentiment de justice et d'appartenance.

Quant à la gérance discrétionnaire, conférée aux AICs pour les trois premiers cas, elle leur accorde une autonomie de décision dans la gestion quotidienne des unités. Ce pouvoir délégué, bien qu'il reconnaissse leur expérience et leur compétence, transforme leur position symbolique au sein du collectif. D'anciennes collègues deviennent des figures d'autorité intermédiaires : elles incarnent à la fois la proximité du soin et la distance du contrôle. Cette posture ambiguë crée un espace de tension où les valeurs d'entraide et d'équité se heurtent aux exigences de performance et de conformité.

Pour fin d'analyse des données, l'expression de la détresse psychologique chez les UIIs s'inspire des quatre dimensions de la détresse psychologique selon Ilfeld (1976) : un état dépressif, un état anxieux, de l'irritabilité ou de la colère et une difficulté à comprendre le sens d'une consigne liée au contexte des soins. Il ne sera pas question de mesurer ces dimensions de façon opérationnelle, mais plutôt de les considérer en tant qu'éléments observables dans les verbatim des UIIs. Enfin, un affichage visuel des résultats, au moyen de tableaux, servira à sceller ce premier tronçon d'analyse.

Par la suite, et toujours dans la continuité du second niveau d'interprétation, une analyse intercas sera entreprise qui va permettre d'identifier deux mégapatrons dont la récurrence transforme la DPII en un portrait global du MDPII. Il importe de noter que l'ensemble des témoignages soutenant l'analyse est considéré être de nature intersites

puisqu'identiques pour les unités de soins des deux institutions du CISSS d'accueil. Enfin, la présentation des artéfacts-cas suit un ordre alphabétique⁴.

Artéfact-cas 1 – Horaires de travail

Premier niveau d'interprétation : de la pratique institutionnalisée vers les praxis au regard des récits des UIIs des deux sites du CISSS d'accueil

Contexte

Le contexte de ce cas touche essentiellement la relation entre les infirmières et l'employeur à propos des clauses de la convention collective encadrant l'établissement des horaires de travail (FIQ, 20xx)⁵. Issu de la volonté et de l'engagement de la direction générale et du syndicat, un des objectifs pour stabiliser les équipes de travail est que les gestionnaires de premier niveau maximisent le nombre de postes à temps complet tel que requis par la convention collective locale (FIQ, 20xx) et la convention collective nationale (FIQ & FIQP, 2021). Pour la salariée possédant un tel poste, et tel que stipulé à la convention collective/dispositions locales, l'horaire de travail ne pourra être modifié sans un préavis de sept (7) jours (FIQ, 20xx, Lx). L'assignation des temps supplémentaires (TS) devra de plus être soumise à un affichage de sept (7) jours préalablement à l'octroi. Si non comblé, le TS sera offert selon le principe « premier arrivé, premier servi » ou, en cas d'urgence, devra être offert trois heures avant le quart de travail à combler (FIQ, 20xx, Lx). Une autre clause prévoit que les demandes de congé pour études devront recevoir une

⁴ À maintes reprises les UIIs ont tenu à confirmer que leur partage ciblait la période prépandémique.

⁵ Dans l'ensemble du texte et des références, le nom du CISSS d'accueil ainsi que les dates et les No de Matière (Lx) de la convention collective locale ont volontairement été altérés afin de ne pas enfreindre le principe de confidentialité.

attention spéciale (FIQ, 20xx, Lx). Par ailleurs, une nouvelle entente-cadre fut réalisée en 2021 qui légitime les horaires de travail atypiques de douze heures sur une base individuelle pour les salariées à temps complet (FIQ & FIQP, 2021entente-cadre no 2021-1-042). Pour les salariées n'ayant pas de poste à temps complet, la convention collective prévoit une rotation d'au moins 50% sur le quart de jour pour chaque quadrimestre (FIQ, 20xx, Lx). Dans le respect de ces clauses, un comité hybride recevra les plaintes d'infirmières disant vivre un fardeau de travail trop élevé (FIQ, 2021-2023, N° 13.03). Enfin, une lettre d'entente (FIQ, 2021-2023, N° 11) encourage la partie patronale à soutenir des horaires de travail visant une meilleure conciliation travail et responsabilités familiales chez les salariées.

Pratique institutionnalisée

La pratique institutionnalisée en lien avec cet artefact-cas est la suivante : Gérance discréptionnaire des horaires de travail. Dans le contexte organisationnel du CISSS d'accueil, la responsabilité de l'établissement des horaires de travail des infirmières fut déléguée aux assistantes infirmières chefs (AICs)⁶. Ainsi, et bien que ces dernières demeurent au fait des ententes conclues entre le syndicat et la partie patronale (par exemple, convention collective, lettres d'entente), la gérance discréptionnaire correspond au pouvoir conféré à la direction et, par délégation, aux AICs, de prendre certaines décisions opérationnelles sans consultation préalable du syndicat. Elle leur permet d'agir

⁶ Les témoignages ayant fourni une diversité d'appellations pour décrire le poste de gestionnaire de premier niveau des unités de soins, le choix s'est arrêté sur le terme assistante(s) infirmière(s) chef(s) (AIC(s)) qui figure parmi les titres de postes de la Convention collective nationale (FIQ, 2021-2023) et auquel fait référence le CISSS d'accueil.

librement dans la répartition des patients, la planification des horaires ou l'attribution des tâches, tant que ces décisions respectent les cadres généraux de la convention collective (informateur-clé, conversation privée, 3 octobre 2022). S'il est prévu que seule la saisie des horaires soit effectuée par la technicienne des ressources humaines (TRH), rien n'empêche l'AIC de lui en confier l'entièvre responsabilité (informateur-clé, conversation privée, 3 octobre 2022). Or, cette latitude, lorsqu'elle s'exerce sans dialogue ni justification, peut être vécue comme un espace arbitraire. Plusieurs infirmières disent y percevoir une inégalité de traitement ou un manque de reconnaissance de leur autonomie professionnelle, nourrissant ainsi un climat de méfiance et de tension au sein des équipes.

De la pratique institutionnalisée vers deux praxis intersites de l'horaire-cas. Deux praxis quotidiennes émergent de cette pratique institutionnalisée.

Première praxis quotidienne : l'établissement des horaires de travail est soumis au droit de gérance

L'aspect discrétionnaire de la gérance des horaires de travail des infirmières permet une gestion dans l'immédiat d'un effectif infirmier diminué, par un remaniement des horaires au jour le jour. Les UIIs précisent que la confection d'horaires est faite précipitamment, en fonction d'écueils administratifs tels le manque de personnel ou un budget limité : « Les horaires. Ouf. C'est pas mal compliqué, là. Je sais que les gestionnaires rencontrent aussi [...] des problèmes sérieux quant à la gestion des ressources humaines [...] mais je trouve qu'il y aurait des améliorations à faire » (UII-6).

À [nom du site], [...] le manque de personnel a fait des gros, gros soucis, ça a été l'enfer [...]. Manque de personnel important puis [...] en même temps, [...] ils veulent offrir multiples services à la clientèle, mais ils n'ont pas les ressources.

Ouais, pour nous, dans les services, ils ont coupé. Ils ont été obligés de fermer des dizaines de lits [...]. Ils ont dû réorganiser des services [...] et nous, faut se débrouiller (UII-7).

Je ne sais pas si leur raison pour refuser [les congés ou les horaires de douze heures] est le manque de temps ou de budget, [...] mais ce que je leur dis [c'est que tout] le temps que vous prenez aujourd'hui [à produire les horaires de travail], [...] vous allez le gagner après (UII-5).

Enfin, un autre aspect des horaires présenté par les UIIs est que le droit de gérance comporte cette possibilité, pour l'AIC, de verser l'entièr responsabilité de l'établissement et de la saisie des horaires de travail à la TRH, comme l'indique ce propos : « C'est [...] pas toujours la gestionnaire qui gère les horaires. Il y a [...] une équipe des horaires qu'ils nous disent, une technicienne, là, qui s'occupe de ça » (UII-7). A ce point, les UIIs précisent que la TRH ne connaît pas l'unité et que sa charge de travail dépasse ses capacités : « Parce que non [...] les horaires font pas de sens et puis l'agente administrative nous dit : « Oui mais j'ai 150 personnes à gérer. C'est pas possible de faire autrement » (UII-4).

[...] mais la technicienne [...] elle fait [...] les horaires des préposés, des infirmières auxiliaires, des infirmières de 3-4 départements, faute c'est sûr que la demande de [infirmière unetelle] qui ne veut pas travailler le mardi parce qu'elle a de l'école, par exemple, ça ne sera pas considéré. Y a certains départements qu'on sait qu'eux autres ben y sont plus petits, l'équipe est plus petite. Exemple [...] en hémodynamie ben y sont pas 50 infirmières à travailler là, faute la gestion des horaires semble beaucoup plus [...] friendly, si je peux dire ça comme ça, plus conviviale là, tsé. Ça a l'air d'être plus facile si t'es dans un petit département versus que, ben, quand t'es dans l'unité de médecine chirurgie (UII-3).

Deuxième praxis quotidienne : il y a contournement de la convention collective et du contrat d'embauche

Même si l'établissement des horaires de travail se trouve intimement lié à la convention collective, il n'en demeure pas moins que l'AIC, devant conjuguer avec ses responsabilités

managériales, établit la répartition et la saisie des heures à combler en fonction d'un effectif infirmier diminué. Tel que l'explique cette UII, les AICs des unités de soins utilisent alors les horaires comme solution de suppléance, ce qui peut signifier d'enfreindre les droits des infirmières :

[Quand on ne respecte pas la convention collective et le contrat d'embauche] c'est parce qu'il y a beaucoup de pénuries. Mais c'est très difficile à vivre. Et c'est pas la faute de la COVID, là [...]. Ben non, ça fait [plusieurs décennies] que je travaille ici, puis c'est depuis toujours (UII-5).

Les UIIs mettent ici en lumière, par quelques exemples tirés des horaires de douze heures et des TSO, que la disparité entre les deux types d'horaires ainsi que le manque de personnel ont un impact sur l'établissement des horaires de travail au quotidien et, conséquemment, sur les droits des infirmières :

Sauf qu'avec la nouvelle convention qui est arrivée, [...] on a le droit de faire des douze heures peu importe qu'on a un jumeau, une jumelle [une remplaçante] tsé. Mais nous on ne peut pas qu'ils disent (UII-8).

Puis [...] les horaires autogérés, c'est des histoires de poste parce que moi, par exemple, je suis en poste de soir. Donc ce serait compliqué pour l'hôpital, alors que je suis reconnue en poste de soir, [...] que je fasse un 8h00 - 20h00. Parce que sommes toutes, pour les gens qui gèrent les horaires, [...] je ne serais plus sur un poste de soir qu'ils connaissent finalement (UII-7).

Les TSO de dernière minute? [...] je pense peut-être que si les gestionnaires en arrivent à prendre de telles décisions, est-ce que ce n'est pas à cause du manque de personnel, [...]. Mais en même temps, ils devraient essayer de trouver un terrain d'entente et pas juste imposer un quart de travail [...] qui ne correspond pas à ce qui se trouve sur le papier [contrat] quand la personne a pris son poste (UII-9).

Plusieurs UIIs expliquent que le manque de personnel est une raison majeure pour que les droits des infirmières soient mis de côté pour rencontrer les buts et objectifs de la gestion :

Bon. Y a pas assez de personnel qu'ils [AICs] nous disent. [...] faque d'avoir un horaire fixe pour un mois, comme c'est écrit dans la convention, là, ben c'est pas possible [...] puis je dirais que c'est changé à chaque jour [...] (UII-6).

Il manque beaucoup d'infirmières. J'comprends que [...] mettons y [AIC] ont plus de besoins pour « X » raisons mais, en même temps, ça pourrait être intéressant d'avoir un horaire mettons sorti sur 3 mois tsé. Ici [...] les gens découvrent sur leur [logiciel de traitement des horaires de travail] [...] qu'ils ont été changés [...] puis là ils ne sont plus de jours, maintenant ils sont de soirs. Tsé, théoriquement, ils ne doivent pas être changés en dedans de 7 jours [...] du début du quart, mais c'est constamment changé [...] (UII-3).

Enfin, les propos de cette UII résument la pensée de ses consoeurs concernant des droits qui sont enfreints en raison du manque de personnel : « Convention ou pas, la fin de semaine que je travaille on est 4 infirmières à travailler en double shift parce que sinon y a personne pour faire le shift » (UII-4).

Second niveau d'interprétation : les praxis contraignantes de l'horaire-cas au regard de l'ACÉPSI selon la perspective des UIIs des deux sites

Les deux praxis qui émergent de l'horaire-cas sont habilitantes pour l'AIC, car elles favorisent la gestion des ressources humaines dans l'immédiat. Cependant, elles sont contraignantes pour les UIIs, car elles sont sources de conflits de valeurs qui se soldent par de la DPII lorsque la gérance discrétionnaire des horaires de travail brime les infirmières de leurs droits et nuit à la capacité des infirmières de concilier travail et obligations familiales/sociales.

Dans ce premier cas, la conciliation travail-famille et l'octroi de congés pour études sont régis par la convention collective, mais leur application concrète repose sur des interprétations locales. Les décisions sont souvent prises à la discrétion de l'AIC selon la disponibilité du personnel, la charge de travail et les besoins opérationnels. Les récits

laiscent entrevoir une tension entre les droits formels et leur mise en œuvre réelle : certaines infirmières voient leurs demandes accueillies favorablement, tandis que d'autres se heurtent à des refus perçus comme arbitraires. Ce pouvoir discrétionnaire dans la gestion des accommodements contribue à une expérience d'injustice, où la conciliation travail-famille et la formation continue deviennent non pas des leviers de développement, mais des espaces de vulnérabilité révélateurs du maintien de la détresse psychologique au travail.

Première praxis contraignante : brime les infirmières de leurs droits

Conflits de valeurs. Aux dires des UIIs, un conflit surgit lorsque la gérance discrétionnaire des horaires de travail permet à l'AIC de contourner la convention collective. Le contournement de la convention collective ne constitue pas un conflit de valeurs en soi, mais le déclencheur d'un tel conflit, chez les infirmières, lorsqu'elles doivent choisir entre le respect de leurs valeurs professionnelles (justice, équité, solidarité syndicale) et les contraintes hiérarchiques de performance imposées. Cette tension axiologique, vécue au quotidien, contribue au MDPII. Ces situations de discorde⁷, que les UIIs associent à un besoin de performance de l'AIC, se produisent lorsque les horaires sont mobilisés comme un outil de contrôle du temps en dépit de la légalité des ententes et des évidences. Cette UII témoigne de la contrainte qu'elle vit :

Moi j'ai demandé un congé pour étude mais [...] on ne me l'a pas accordé. Pis je l'avais demandé vraiment un mois avant que l'horaire sorte [...]. J'ai dit à la dame

⁷ Tel que le suggèrent Boltanski et Thévenot (1990), l'expression situation de discorde fut adoptée, aux deuxièmes niveaux d'interprétation, pour décrire le fondement des disputes et des litiges, et ainsi identifier les interactions sur fond de conflits de valeurs.

[TRH], c'est parce que je t'ai envoyé un mémo pour te dire que j'avais besoin de ces journées-là pour étudier pour mon examen puis tu ne me l'as pas donné. Ben elle me dit : « Ben j'ai jamais eu ça ton mémo ». Je suis comme ben oui, je te l'ai envoyé par courriel [...], donc j'ai ma preuve. Mais elle s'en fiche (UII-4).

Bien que conscientes que d'établir les horaires avec un manque de personnel puisse être contraignant pour l'AIC, les UIIs se disent à leur tour contraintes de devoir s'ajuster à l'utilisation de TSO et de remaniement d'horaires comme d'une solution de suppléance habilitante pour les AICs :

Puis à la fin du cadre de travail, à 14h45, elle [AIC] te dit : « Il manque quelqu'un pour le soir. Donc c'est toi qui reste ». Mais parce qu'on aurait dû y voir d'avance. Ça fait qu'il y a beaucoup, beaucoup de désistements, des gens qui s'en vont ailleurs, dans les agences, [...] dans le privé et tout ça [...] à cause de conflits de [...] cédules d'horaire (UII-5).

Ce type de situation illustre un conflit de valeurs où s'affrontent deux logiques de justification : d'une part, la logique gestionnaire orientée vers la performance, la flexibilité et l'efficience et, d'autre part, la logique professionnelle infirmière fondée sur la reconnaissance des besoins humains, la planification équitable et la préservation de l'intégrité personnelle et professionnelle. Ce décalage normatif alimente une perception d'injustice structurelle chez les UIIs.

Utilisation du pouvoir disciplinaire. En regard des conflits entourant les bris de contrat d'embauche, lesquels défient la légalité en utilisant les horaires ou les infirmières comme solution de suppléance, les UIIs perçoivent une brèche dans l'exercice du pouvoir disciplinaire, particulièrement lorsqu'il y a absence de supervision, c'est-à-dire de surveillance hiérarchique, de la part de l'AIC. Bien que la position de l'AIC, attribuable à son titre d'emploi, lui confère le pouvoir de mieux surveiller et contrôler les horaires, les

remaniements fonctionnels sont faits « au bon vouloir » de celle-ci, que ce soit en transférant la tâche à une tierce partie (TRH) ou aux infirmières elles-mêmes, selon ce qui est le plus simple pour l'AIC. Inversement, dans un contexte d'affaiblissement de la surveillance hiérarchique, certaines UIIs adoptent une posture de contre-surveillance informelle, en observant et en critiquant la logique de répartition. Le témoignage suivant illustre comment une UII remet en question une planification qu'elle juge inadéquate et où certains TSO auraient pu être évités :

Puis [...] avec la confection d'horaire, je vais vous dire un exemple clair de comment ça devrait se passer. Il y a 3 personnes de nuit, exemple. Alors pourquoi elle [AIC] donne congé à 2 personnes-clés la même journée, 2 réguliers qui ont de l'expérience, au lieu de donner congé en escalier? La jeune infirmière qui reste seule et qui n'a pas d'expérience, ben elle est dépourvue. On aurait pu l'éviter en ayant des congés dispersés (UII-4).

Cependant, lorsque l'infirmière refuse de se conformer au remaniement de l'horaire, autrement dit à la norme institutionnelle, une sanction normalisatrice est appliquée. Cette sanction, bien qu'informelle, agit comme une forme de punition visant à restaurer l'ordre disciplinaire. Une UII décrit ainsi le coût de son opposition :

En dernier ressort, si j'ai vraiment besoin de mon congé [qui a été retiré], la supérieure immédiate [AIC] va m'accorder une journée de congé non autorisée. C'est [...] une grosse punition, une sanction car on perd nos primes mais, au moins, y a pas eu besoin de confrontation (UII-5).

À l'occasion, les infirmières inversent les rôles de pouvoir en mettant en œuvre une sanction informelle à l'endroit de l'AIC, ce qui constitue une forme de résistance au pouvoir disciplinaire lorsque la norme professionnelle est perçue comme violée. À cet égard, une UII rapporte qu'une grève d'occupation (*sit-in*) spontanée fut une action collective jugée menaçante mais efficace :

Y a une fois [...] où l'équipe de nuit est rentrée, mais est restée assise toute la nuit dans la salle de rapport. Elle ne voulait pas rentrer sur le plancher tant qu'il [AIC] avait pas une solution de trouver une infirmière. C'était une grosse affaire, hein! Puis ils ont même [...] appelé le directeur de l'hôpital. Enfin, ça a été [...] toute une histoire, mais au moins, ça a fait bouger les choses parce que c'est par des actions comme ça, un petit peu menaçantes [...] ben que les choses avancent un petit peu. Donc ils n'ont pas eu le choix de trouver une infirmière hein (UII-7).

De l'avis des UIIs, l'AIC impose des pénalités en réponse au non-respect des modifications à l'horaire (norme institutionnelle), mais sans que cela soit encadré par un rituel ou un cérémonial de l'examen tel que le décret Foucault. En revanche, la situation s'inverse lorsqu'une UII, contrainte par la violation de ses droits (norme professionnelle), convoque formellement l'AIC dans une forme de cérémonial informel, énonçant la norme à respecter et les conséquences en cas de non-conformité :

Donc euh... je me suis rapproché [...] du gestionnaire [AIC] puis je lui ai dit : bon est-ce qu'il y a une problématique [problème] là? Euh... Moi ça ne me dérange pas de travailler de nuit mais j'aurais souhaité quand même qu'on m'explique pourquoi on me mettait juste de nuit. [...]. Les mois qui ont suivi, bon, le prochain horaire [...] est sorti puis j'avais toujours mes chiffres de nuit. Donc je me suis dit, bon, y'a un problème. Je suis retourné une deuxième fois le voir. J'ai dit à mon chef d'unité : Bon, [...] tu m'écris sur papier – noir sur blanc – que tu vas respecter mon horaire de cinquante pour cent de jour et de cinquante pour cent de nuit sinon je m'en vais (UII-2).

Deuxième praxis contraignante : nuit à la capacité des infirmières de concilier travail et obligations familiales/sociales

Conflits de valeurs. Dans les deux unités de soins, la difficulté de concilier travail et vie familiale s'inscrit au cœur des tensions vécues par les infirmières. Au-delà d'un simple enjeu organisationnel, elle révèle un mode de régulation disciplinaire où la disponibilité devient une norme morale de dévouement. Toute demande d'aménagement ou de congé est alors interprétée comme une entorse à cette norme, suscitant des rappels à l'ordre plus

ou moins explicites. Les UIIs soulignent une dysharmonie entre les valeurs des AICs et celles des infirmières, ce qui les amène à remettre en question la légitimité de certaines décisions managériales, notamment en ce qui a trait à l'établissement des horaires et aux contraintes qui en découlent. Il semble que le souci d'alléger la charge de travail des AIC ou des TRH nuise à la capacité des infirmières de concilier leurs responsabilités professionnelles avec leurs obligations familiales et sociales. De plus, certaines décisions de l'AIC sont perçues comme relevant du favoritisme, ce qui génère des situations de discorde entre infirmières. Ces tensions, rapportées par plusieurs UIIs, contribuent à fragmenter la collectivité d'infirmières, alimentant des conflits intergroupes. L'extrait suivant illustre bien ce type de dynamique : « C'est genre pas juste là [...] qu'elle a toujours tout ce qu'elle demande, tsé [...]. J'ai dit à la fille : Tsé, moi, ça me dérange de travailler avec quelqu'un qui me vole mes congés [...] (UII-2).

De plus, les UIIs expliquent que la pression liée à la conciliation travail et obligations familiales/sociales s'accentue lorsque les congés planifiés leur sont refusés sans justification claire, ou lorsque la responsabilité de gérer l'absence est transférée vers l'infirmière elle-même. Bien qu'elles reconnaissent que ces pratiques puissent être habilitantes pour l'AIC et la TRH, puisqu'elles n'ont pas à proposer de solutions de remplacement, elle est vécue comme une injustice par les infirmières, notamment parce qu'elle ne tient pas compte de leurs réalités personnelles. En donnant carte blanche à une mobilisation fonctionnelle des infirmières sans considération pour leurs besoins et responsabilités familiales/sociales, cette pratique engendre des conflits et accentue le sentiment d'abandon organisationnel. En effet, les infirmières doivent souvent elles-

mêmes trouver une remplaçante pour couvrir une journée de congé qui avait été demandée de longue date, mais qui leur est retirée à l'improviste. Des extraits de verbatim appuient ce constat :

Tu découvres sur [...] ton [logiciel de gestion des horaires de travail] que ton horaire a été changé. Mais si tu ne peux pas [travailler] cette [...] journée-là, ben faut que tu trouves toi-même une jumelle [remplaçante] pour faire un échange de travail. C'est moi qui faut qui place des annonces Facebook, [...] qui doit mettre des affiches partout pour qu'il y ait quelqu'un [...] qui voudrait avoir un échange de travail avec moi parce que j'ai quelque chose de personnel et que j'avais déjà demandé ma journée (UII-3).

Mais tsé, moi si j'ai dit trois mois d'avance que j'ai un mariage. Ben, un moment donné là, [...] techniquement, tu serais supposée nous trouver une solution. Hé ben non! Elle me demande de faire un échange avec quelqu'un mais, tsé [...] si chu pas capable [...] c'est moi qui est perdante. Y a toujours ben des limites à la débrouillardise (UII-6).

[...] ben, on est des êtres humains, on a des familles, on a des rendez-vous. Enfin on a une vie quoi. [...] quand le médecin [médecin de famille pour un rendez-vous personnel] vous appelle après quatre mois d'attente, mais que tu ne peux pas avoir ton congé, ben on y va pareil [s'absente du travail sans en avoir la permission] hein, quitte à perdre nos primes et à stresser (UII-1).

Ces situations illustrent un conflit de valeurs où deux logiques de justification s'opposent : la logique gestionnaire, orientée vers l'efficience, la délégation fonctionnelle et la minimisation de charge pour les AIC/TRH, entre en contradiction avec la logique professionnelle des infirmières, fondée sur la reconnaissance de la personne, le respect des engagements, et la conciliation éthique entre le travail et les responsabilités de la vie quotidienne. Ce décalage normatif nourrit le ressentiment et fragilise la cohésion des équipes.

Utilisation du pouvoir disciplinaire. La conciliation travail-famille devient un espace privilégié d'exercice du pouvoir disciplinaire, où la tension entre exigence de performance

et vie personnelle alimente le maintien de la détresse psychologique au travail. Dans le contexte décrit par les UIIs, la surveillance hiérarchique exercée par l'AIC ainsi que le cérémonial de l'examen sont largement perçus être absents. Ce vide hiérarchique ne signifie toutefois pas l'absence de pouvoir. C'est plutôt par le biais de sanctions normalisatrices, notamment des pénalités implicites ou explicites, que l'AIC parvient à contraindre les infirmières à se conformer à des décisions managériales, en particulier dans le cas du TSO (temps supplémentaire obligatoire). Ces décisions, souvent prises de manière unilatérale et imprévisible, rendent difficile toute planification personnelle, comme le décrit cette UII :

C'est impossible de concilier travail, famille, [...] loisirs [...] avec [...] la confection des horaires et tout [...]. Ça fait « X » ans [plusieurs années] que je travaille ici, puis [...] les horaires, ben c'est fait au jour le jour (UII-4).

Face à cette imprévisibilité, certaines UIIs tentent de réintroduire un rapport normatif avec l'AIC à travers un cérémonial de l'examen informel, c'est-à-dire en rappelant les termes de leur contrat d'embauche et en exigeant leur respect. Toutefois, en l'absence de système de sanction inverse (c'est-à-dire de mécanisme qui permettrait aux infirmières de faire valoir leurs droits par des conséquences réelles), ces démarches restent symboliques et rarement suivies d'effet. L'extrait suivant l'illustre :

Quand j'ai pris le poste, [...] j'ai dit, je prends le poste, mais vous, vous me ferez pas le coup [de] m'envoyer [...] une journée ici, une semaine ici, une semaine là. Moi j'ai des responsabilités en dehors de mon travail. Je veux mon horaire fixe. OK. Mais ça ne s'est pas fait (UII-5).

Dans ce cas, le pouvoir disciplinaire opère donc de manière asymétrique : les infirmières sont soumises à la norme sans pouvoir en imposer une en retour. L'absence de surveillance structurée et de mécanismes de rétroaction formels renforcent ainsi une forme

de docilité imposée, dans laquelle la soumission est attendue, sans dialogue ni évaluation partagée.

Expérience intersites de violence symbolique pour l'horaire-cas au regard des UIIs

Les UIIs des deux sites dénoncent qu'une aura de violence symbolique entoure la gérance discrétionnaire des horaires de travail, qu'il s'agisse de refus de congés, parfois demandés de longue date, de TSO imposés à la dernière minute, du rejet des horaires de douze heures ou encore de situations perçues comme du favoritisme.

Expérience de violence symbolique par suite d'actes de somatisation arbitraire et de coercition

L'expérience de violence symbolique, telle que relatée par les UIIs, émerge d'une redistribution des horaires perçue comme arbitraire, inéquitable et non négociable, qui porte atteinte à leurs responsabilités familiales et sociales. Cette perception s'enracine dans un sentiment d'impuissance devant des décisions imposées et une absence d'explication ou de dialogue. Les UIIs identifient un rapport inégal, accentué par une attitude de fin de non-recevoir de la part des AIC ou de la TRH lorsque des requêtes sont formulées, une forme de dérobade de l'organisation puisque l'AIC ou la TRH acceptent les demandes en sachant à l'avance qu'elles seront déboutées. Cette dynamique alimente un sentiment d'injustice intériorisée, typique de la violence symbolique, où le pouvoir s'exerce subtilement, sans recours visible. C'est sur un ton sarcastique que cette UII illustre ce mécanisme de domination implicite :

Il [...] y a une équipe des horaires, une technicienne [...]. C'est comme, genre, elle [TRH] regarde l'horaire pis elle dit « Ben tiens, il manque une infirmière, là. Pof, on va mettre celle-là là. Pof on va déplacer l'autre là. ». Puis la gestionnaire [AIC],

ça fait bien son affaire de pas avoir à s'en occuper, ça lui fait moins de travail mais toi, tu cours après ta vie (UII-1).

De l'avis des UIIs, le refus injustifié d'activer les horaires de douze heures, pourtant prévus à la convention collective nationale, est manifesté par un usage discret du pouvoir, sans justification explicite et sans possibilité de recours. Ce contrôle, perçu comme un refus d'écoute et de reconnaissance, alimente un climat d'impuissance intérieurisée, tel que l'exprime cette UII : « Après avoir trouvé des jumelles, on s'était fait dire : « Ben c'est un peu compliqué à refaire les horaires puis à les confectionner après ça » [...] faqu'on a fait ça pour rien (UII-8).

Dans cette perspective, la violence symbolique s'incarne non pas dans des gestes ouverts de répression, mais dans une gestion opaque et apparemment « normale » du travail, qui reproduit les rapports de domination au sein de l'organisation. Elle agit à travers des formes de légitimation implicites, intégrées à la routine organisationnelle, que les infirmières en viennent à subir, parfois sans pouvoir les nommer autrement que par la frustration ou la résignation.

Expérience de violence symbolique par suite d'acte de division

Enfin, une autre manifestation de violence symbolique se révèle à travers la perception de favoritisme, où la position hiérarchique des AICs semble leur permettre de légitimer un ordre social inégalitaire en instituant, au sein même d'une unité, une division symbolique entre les infirmières. Cette pratique, rapportée par les UIIs, consiste à moduler le respect des clauses de la convention collective selon la personne concernée, renforçant ainsi des rapports différenciés au sein d'un même groupe professionnel. Cette UII témoigne de cette

perception d'iniquité structurée, qui crée une distinction implicite entre les « anciennes » et les autres :

En plus, y a du favoritisme avec les horaires [...]. Vous savez, [...] on allait [...] faire de la rotation jour/soir pour tout le monde. Sauf que les vieilles infirmières, elles, les anciennes de jour, là, elles n'en font jamais. Et puis toi, [...] on se sert de toi comme le bouche-trou [...] des horaires (UII-2).

Ce type de traitement différencié ne repose pas sur des critères explicites de compétence ou de besoin, mais sur des rapports de proximité ou de reconnaissance implicite, ce qui est typique de la violence symbolique où l'on constate une forme de domination qui s'exerce avec la complicité involontaire de ceux qui la subissent, parce qu'elle est perçue comme normale ou justifiée par l'ordre établi. On voit ici comment la hiérarchisation symbolique des infirmières contribue à la reproduction d'un capital symbolique différencié, où certaines obtiennent des horaires stables ou protégés, tandis que d'autres sont assignées aux plages plus contraignantes.

En conclusion, trois patrons intersites propres à l'horaire-cas émergent des résultats :

- a) Conflits de valeurs : l'horaire devient le lieu d'une confrontation entre, d'une part, la logique de performance portée par la gestion et, d'autre part, les besoins et les droits des infirmières liés à la conciliation et à l'équité.
- b) Pouvoir disciplinaire : les UIIs rapportent une subordination perçue et exercée à travers des formes d'indifférence ou des menaces de sanctions, qui contraignent l'acceptation des manipulations d'horaires par les AIC/TRH.
- c) Violence symbolique : l'horaire est vécu comme un symbole de domination légitimisé, qui autorise la transgression de certains droits et renforce l'inégalité

dans la gestion du temps, à travers des mécanismes subtils mais profondément intégrés au fonctionnement organisationnel.

La section suivante décrit l'expression de la DPII par les UIIs, expression qui résulte de ces patrons intersites.

Expression de la détresse psychologique par les UIIs des deux sites pour l'horaire-cas

Les UIIs considèrent qu'il existe un rapport de force déstabilisant, entre les AIC/TRH et les infirmières, ce qui rend toute tentative d'entente difficile, voire impossible. Ce déséquilibre, perçu comme persistant, engendre une forme de détresse psychologique que les UIIs expriment à travers quatre attributs.

État dépressif

Un sentiment de solitude, suivi d'un état dépressif, est rapporté en lien avec le manque de constance pour l'établissement des horaires. Les infirmières se sentent isolées dans leur lutte pour faire valoir leurs besoins et contraintes personnelles, et se voient souvent obligées d'utiliser des stratégies de débrouillardise ou des moyens informels pour obtenir un simple changement à l'horaire. Une UII illustre cette réalité : « Il y a beaucoup de gens [...] qui quittent le métier à cause de ça, qui sont découragés pour les horaires » (UII-2).

État anxieux

Les UIIs associent un état anxieux à l'impact des remaniements d'horaires sur leurs conditions professionnelles et personnelles. L'imposition de TSO sans possibilité de négociation accroît la tension, particulièrement lorsque les obligations familiales ou scolaires sont en jeu. L'expérience suivante en témoigne :

Tsé, de se faire mettre un TSO dans le fond de la gorge, comme on dit là [...], ben voilà, t'es pris avec, faque arrange toi. Tsé, moi, j'ai une vie scolaire aussi, là, faque [...] je suis à stresser tout le temps [pour] mes cours, mes examens, mes enfants [...] (UII-3).

Irritabilité

Plusieurs UIIs rapportent des sentiments d'irritation et de colère, en particulier lorsqu'elles doivent endosser des responsabilités managériales, comme trouver elles-mêmes une remplaçante en cas d'absence, ou lorsque les demandes d'horaires de douze heures sont systématiquement refusées, sans égard aux nouvelles directives ou aux réalités du terrain. La colère et l'irritabilité sont également provoquées par l'imposition du TSO, que certaines UII jugent arbitraire, car il découle d'un rapport de force unilatéral exercé par l'AIC. Cette UII exprime ici que non seulement le TSO enfreint ses droits, mais qu'il agrave aussi ses difficultés de conciliation entre le travail et ses responsabilités familiales et sociales :

Si j'ai un TSO c'est que toi, en tant qu'employeur, tu n'as pas fait ton travail parce que normalement quand tu vois qu'il y a quelqu'un qui manque à l'horaire, tu te débrouilles comme tu veux, t'appelle des intérimaires de Montréal, enfin des filles d'agence de Montréal, de où tu veux. Mais ma famille n'a pas à subir ça (UII-7).

Difficulté à comprendre le sens d'une consigne liée au contexte des soins

Enfin, plusieurs UIIs rapportent une incompréhension face à l'incohérence des consignes entourant la gestion des horaires. Elles dénoncent une gérance discrétionnaire qui oscille entre le refus d'une autogestion des horaires et, dans d'autres situations, l'exigence implicite de gérer elles-mêmes les ajustements, notamment lorsqu'il s'agit de combler un congé pourtant légitime mais refusé par l'AIC/TRH. Ce double standard est source de confusion, d'insécurité et d'épuisement. L'une d'elles questionne cette

incohérence : « Mais j'ai lu qu'il y avait beaucoup d'hôpitaux qui [...] fonctionnaient à l'autosuggestion des horaires. [...]. Alors pourquoi pas chez nous? » (UII-9).

Artéfact-cas 2 – Polyvalence professionnelle infirmière

Premier niveau d'interprétation : de la pratique institutionnalisée vers les praxis au regard des récits des UIIs des deux sites

Contexte

La polyvalence professionnelle infirmière est définie à la convention collective comme un déplacement temporaire d'une infirmière sur une unité que l'employeur considère similaire, et ce, à la demande de l'employeur lorsqu'il devient nécessaire d'équilibrer les équipes afin de répondre adéquatement aux cas de force majeure (FIQ, 20xx, Lx). Toujours selon la convention collective, ce déplacement est attribué par ordre inverse d'ancienneté. Un déplacement ne peut jamais être répétitif et ne doit servir que lorsque la gravité ou l'urgence de la situation le demandent : il s'agit alors de situations exceptionnelles qui occasionnent un besoin impératif de personnel pour lequel aucun autre recours n'a eu de succès (FIQ, 20xx, Lx). Lors d'un tel déplacement, un programme d'orientation doit être fourni à la salariée lorsque l'employeur le juge nécessaire ou lorsque l'employée juge que l'affectation dépasse ses connaissances/capacités et en fait la demande (FIQ, 20xx, Lx). Le budget pour payer celui-ci peut provenir de l'enveloppe associée au taux cumulatif de 1,34% de la masse salariale qui peut être accordé pour le développement des ressources humaines (FIQ, 2021-23, 16.01; FIQ, 20xx, Lx).

Pratique institutionnalisée

En vertu de la mention suivante, stipulant que la polyvalence professionnelle infirmière puisse être tributaire d'une entente interne (FIQ, 20xx, Lx), le milieu s'est accordé le droit d'imposer le déplacement des infirmières vers d'autres départements selon les besoins des diverses unités du CISSS d'accueil. Pour cette raison, la pratique institutionnalisée est la suivante : Gérance discrétionnaire de la polyvalence professionnelle infirmière.

De la pratique institutionnalisée vers la praxis intersites de la polyvalence-cas.

Une seule praxis quotidienne émerge de cette pratique institutionnalisée.

Praxis quotidienne : il y a imposition d'une polyvalence professionnelle aux infirmières

Il convient de mentionner que la praxis quotidienne n'est pas la polyvalence professionnelle infirmière, mais bien son imposition (imposition d'une polyvalence professionnelle). Cette praxis s'insère dans un contexte de travail où le droit de gérance sanctionne une polyvalence professionnelle infirmière dans le but d'équilibrer les équipes de travail. Les infirmières peuvent alors être déplacées sur diverses unités, et ce, dans l'ensemble du CISSS d'accueil. Si les UIIs sont d'avis que certaines collègues puissent tirer profit de l'expérience que procure cette praxis, toutes les UIIs rencontrées, dont le témoignage présent fait foi, affirment que la polyvalence professionnelle infirmière est utilisée comme une stratégie managériale qui relève du droit de gérance sans savoir si l'infirmière est confortable dans ce déplacement :

Si pour certaines personnes ça fait une expérience, c'est à dire d'aller voir autre chose [qui leur permet] d'ajouter [...] à leur acquis, pour d'autres, c'est difficile. Donc, moi, je me dis ça là on devrait peut-être [...] voir si la personne est à l'aise à être déplacée sur une unité. Comme je disais au départ, tous déplacements

devraient être des négociations où [...] faut qu'on trouve un juste milieu pour que ça arrange tout le monde. (UII-9).

Cet exercice managérial est réputé concerner les déplacements à partir des unités de soins, une stratégie que les UIIs présentent comme ancrée dans la culture du milieu afin de répondre au manque de personnel infirmier et non pas en cas de force majeure (situations exceptionnelles ou fortuites qualifiées de graves ou d'urgentes) telle que l'indique la convention collective :

Bon, la coordination [AIC] reçoit des appels de toutes les unités là [à propos] d'infirmières qui sont malades, et tout ça, et puis elle doit voir [...] qu'est-ce qu'il y a dans le personnel de notre unité, qu'elle va pouvoir déplacer [...]. Avec le manque criant qu'on a depuis 10-15 ans [...] ce que je vois, quand y [AICs] font ça, c'est d'essayer d'équilibrer les équipes pour que les équipes soient le plus possible [...] fonctionnelles pour le bien-être des patients (UII-4).

De déménager les infirmières sur une autre unité, c'est une situation quotidienne, c'est pas une situation isolée, c'est vraiment une situation quotidienne [...]. C'est [...] parce ce qu'on [...] travaille toujours à moins de personnel. Puis c'est pas juste d'hier, c'est depuis toujours. Parce que, à chaque fois, à chaque matin que j'arrive, il [AIC] envoie une infirmière de l'unité [de soins] ailleurs (UII-5).

Puis tu sais, c'est presqu'à tous les matins qu'on vient piger sur notre département parce qu'on nous dit que [...] les équipes sont vraiment [...] trop faibles à des places, sur les autres unités, et qu'ils font ça pour équilibrer l'hôpital (UII-6).

Puisque l'imposition d'une polyvalence professionnelle (IPP) est due au manque de personnel infirmier, une UII affirme que même si elle subit des déplacements successifs, elle ne pourra pas bénéficier de journées de repos autorisées :

J'ai dû travailler trois 16 heures. [...]. Et je lui [AIC] ai dit, bon, si jamais tu as la chance de me donner un congé pendant la semaine, même en échange, parce que c'était un échange, même si tu ne me payes pas temps double, [...] c'est pas grave. On fait un échange. Mais c'est jamais arrivé, j'ai jamais eu congé (UII-8).

L'IPP étant présentée par les UIIs comme une pratique de dernière minute, elle ne serait pas précédée d'une formation que cette UII juge nécessaire :

Faut être polyvalente et flexible [...] faire fi de tes habitudes [...]. Nous notre rapport se donne à sept heures et quart. Faque tsé, t'as fait ton plan de travail au complet, [...] pis on te dit : « Toi là, tu t'en vas [autre département] dépanner parce qu'il manque deux infirmières ». Ben, quand j'arrive sur la nouvelle unité, y a pas de formation parce que pas le temps de t'en donner une [...] (UII-6).

Second niveau d'interprétation : la praxis contraignante de la polyvalence-cas au regard de l'ACÉPSI selon la perspective des UIIs des deux sites

L'IPP est habilitante pour les AICs en leur permettant un remaniement fonctionnel de sorte à rééquilibrer aisément les équipes de travail en dépit d'un effectif infirmier diminué, mais elle est aussi contraignante pour les UIIs. À travers l'aspect contraignant de cette praxis, elle est source quotidienne de violence symbolique résultant de conflits de valeurs et de pouvoir disciplinaire car, aux dires des UIIs, la gérance discrétionnaire de la polyvalence-cas impose aux infirmières d'accepter des déplacements que les UIIs considèrent professionnellement dangereux.

Conflits de valeurs. En s'appuyant sur leurs témoignages, toutes les UIIs rencontrées expliquent que, sous le couvert du droit de gérance, la polyvalence prend la forme d'un va-et-vient quasi quotidien entre unités, qui constraint les infirmières à accepter des conditions allant à l'encontre de leurs droits professionnels. Selon elles, ce serait à l'aide d'arguments opérationnels que l'AIC justifie ces déplacements, même lorsque les unités ne sont pas similaires en termes de clientèle ou de spécialisation. Les UIIs disent avoir peine à comprendre l'écart entre ce qui est statué dans la convention collective et la régularité avec laquelle la polyvalence professionnelle leur est imposée par l'AIC. Elles dénoncent le fait que certaines affectations sont présentées comme nécessaires, mais sans respect des procédures formelles ou des balises prévues. Dans un tel contexte, l'AIC tenterait parfois

de rassurer l'infirmière de manière vague, voire ambiguë, pour l'inciter à accepter un déplacement qui va à l'encontre des dispositions officielles : « [...] ben on n'a pas le choix de l'écouter, là [...] même que ça pourrait nous coûter notre permis [...] » (UII-3).

Les UIIs affirment qu'en l'absence de formation préalable au déplacement, il existe un risque réel de perdre leur permis de pratique puisque cela pourrait les amener à poser des gestes professionnels qu'elles ne maîtrisent pas :

[...] on est tout le temps en train de nous déplacer pour dépanner les autres étages. Selon elle [AIC] il aurait fallu que je prenne mon sac et que j'aille en courant [...] faire un quart de travail sur l'autre unité [...] et sans formation avec ça. Tu [AIC] peux bien m'enjoliver l'autre unité, de me faire des à croire [...] mais s'il y a un pépin, c'est moi qui écope [...]. Non, je ne me suis pas laissé faire [...] (UII-7).

Le témoignage suivant révèle également une normalisation de cette pratique où les infirmières sont régulièrement appelées à « éteindre les feux », sans possibilité de refus :

Ça fait des années qu'on vit ça. [...] et tout ce qu'elle [AIC] veut, ben disons que les infirmières servent à éteindre les feux. On fait tout le temps que survoler là, [...] qu'on vient chercher les filles du département parce que [...] les équipes sont [...] vraiment trop faibles à des places, bien ça c'est régulier (UII-3).

Dans certains cas, le caractère contraignant de cette praxis devient insupportable, menant au refus du déplacement comme le rapporte cette UII :

Il faut que tu sois capable de donner les soins que les patients méritent. Donc quand on a voulu me déplacer [...] en cardio, il y a eu des échanges assez bouillants. [...]. J'ai pris mon sac et je suis rentrée à ma maison (UII-1).

Un autre conflit de valeurs émerge, cette fois, de la perception de favoritisme, lorsque certaines infirmières sont systématiquement épargnées des déplacements, notamment les « anciennes » ou celles perçues comme proches de l'AIC :

Maintenant [...] y en a qui vont jamais se faire déménager. On pense aux anciennes là, à ses [AIC] amies. Mais je pense qu'on devrait [...] le faire de façon systématique parce que ça crée des frustrations. Mais c'est comme ça [...]. On y va beaucoup sur le droit de gestion, hein (UII-9).

Du point de vue des UIIs, les AICs considèrent que toutes les infirmières sont aptes à être transférées inconditionnellement sur toutes les unités, en autant qu'elles maîtrisent les techniques de bases. Cette conception donne lieu à un conflit de valeurs fondé sur une mésentente quant à la définition même d'un poste similaire et à la nature du professionnalisme infirmier. Elle oppose une vision techniciste des compétences infirmières, centrée sur l'exécution de tâches, à une vision professionnelle et réflexive, fondée sur la spécialisation, la qualité des soins et la sécurité. Voici ce qu'en dit cette UII :

On nous envoie sur tous les étages. On [AIC] m'a déjà répondu ça : « Que tu sois au CÉGEP ou que tu sois à l'université, [...] une pression c'est une pression alors arrêtez de chialer ». Mais tsé, le professionnalisme c'est loin d'être juste une série de techniques à mon sens. Si on dit : « Ah! Est bonne elle parce qu'est capable de faire une prise de sang », ben [...] c'est bon pour [nom du CISSS d'accueil] mais ça perd toute sa force infirmier à mon sens (UII-3).

Ce clivage de valeurs entre logique gestionnaire (efficacité, interchangeabilité, continuité des opérations) et logique professionnelle (formation spécifique, sécurité, reconnaissance du jugement clinique) met en tension deux principes supérieurs communs distincts : l'un relevant du monde industriel et l'autre, du monde civique ou domestique dans lequel l'éthique de soin, la reconnaissance et l'équité sont centrales.

Utilisation du pouvoir disciplinaire. Plusieurs UIIs considèrent que l'IPP constitue une forme de contrôle (surveillance hiérarchique) exercé par l'AIC, dont le but est de subordonner l'infirmière, en particulier lorsqu'elle conteste un déplacement qu'elle perçoit comme professionnellement risqué. Dans ces situations, les infirmières se sentent forcées

d'outrepasser les limites de leurs compétences infirmières, mettant potentiellement en péril leur permis de pratique et la sécurité des patients :

[...] je prends ma feuille de rapport, puis je commence à noter tous mes patients [...]. Pis là, on me dit ben non [...], tu t'en vas en neuro maintenant [...]. Mais je ne serai pas capable [...] de donner les soins que les patients méritent. Et si y a une situation que chu pas capable de contrôler, ben [...] c'est moi comme infirmière qu'on va blâmer. C'est bouleversant [...] (UII-9).

Dans ce contexte, un refus de se conformer à la norme institutionnelle, soit celle d'accepter l'IPP, donne lieu à une menace de réprimande (sanction normalisatrice) afin de forcer l'infirmière à obéir. Cette dynamique disciplinaire impose la norme par l'intimidation plutôt que par la justification rationnelle : « On te change d'unité [...] sans préavis. Puis si t'as le malheur de refuser, ben là, elle [AIC] dit que si je refuse elle [...] va m'obliger » (UII-9).

Face à cette contrainte hiérarchique et à l'impossibilité de négocier les affectations, certaines infirmières choisissent de quitter le milieu. Ce départ volontaire devient alors une forme de sanction informelle, un geste de résistance passive, car exempte de confrontation, qui agit comme une réponse symbolique à une pratique jugée non sécuritaire ou injuste. Une UII décrit ce phénomène comme une forme d'embargo organisationnel (sanction normalisatrice informelle) exercé par les infirmières elles-mêmes :

[...] les déplacements ben tout ce que ça fait c'est qu'on perd [...] le monde. Quand ça fait pas leur affaire, elles [les infirmières de l'unité] quittent, elles ne reviennent pas. Il y a tellement de postes possibles imaginables partout [...] (UII-1).

Une autre UII témoigne de l'ampleur du mouvement de personnel généré par la répétition des affectations imposées :

On a perdu beaucoup de monde à cause de ça, à cause des déplacements, qu'on les bardassait un peu partout. Je ne sais pas, mais y a un mouvement de personnel assez impressionnant. Euh, nos bulles [équipes de travail], mon Dieu [...], ça bouge là, ça n'a pas de bon sens (UII-8).

Dans l'ensemble, cette gestion de la polyvalence par l'AIC, à travers la surveillance, la menace et l'imposition de normes non négociées, s'inscrit dans une logique de pouvoir disciplinaire, où l'objectif n'est pas seulement d'organiser le travail, mais de produire des conduites dociles, même au détriment de la sécurité ou du jugement professionnel des infirmières.

Expérience intersites de violence symbolique pour la polyvalence-cas au regard des UIIs

Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de coercition

Lorsque les infirmières doivent accepter une IPP sans leur consentement sur des unités dépassant leur champ de compétences, les UIIs expriment un sentiment de contrainte, accompagné d'un sentiment de ne pas être écoutées ni respectées. L'injonction à se taire, à se soumettre malgré les conséquences professionnelles possibles, est perçue comme un usage abusif du pouvoir sous couvert de normalité organisationnelle. Ce témoignage démontre que cette contrainte se vit amèrement :

On fait beaucoup d'efforts sauf que, à un moment donné, quand on est rendues au bout du bâton, on va chialer plus fort parce qu'on est tout le temps en train de nous déplacer pour dépanner les autres étages. On se sert de nous comme des vulgaires pions, c'est clair (UII-7).

Cette analogie au « pion » révèle l'intériorisation d'un statut dévalorisé dans une hiérarchie symbolique où l'infirmière perd son autonomie.

Expérience de violence symbolique à la suite d'acte d'inculcation

La contrainte est parfois dissimulée sous une forme de persuasion rassurante, qui vise à faire accepter une situation perçue comme illégitime ou risquée. L'usage d'un langage positif et encourageant masque ici une absence réelle de soutien et de préparation, créant un décalage entre le discours officiel et la réalité clinique :

On se fait sortir ça « Bah t'es capable partout, ça va bien aller! Pis je l'ai dit à l'assistante! Elle [me répond] : « On va t'accueillir, pis ça va être correct ». Mais [...] c'est vraiment une fausse rassurance. Puis, quand on est exposée [...] à de la neurologie que ça fait longtemps que t'as pas été [travailler là]. My God. [...] je ne savais pas quoi faire avec ça [...]. Puis c'est prouvé là, [...] tu peux être dangereuse. Mais [...] on nous sort que : « Ben oui, t'es bonne partout » (UII-2).

Il s'agit d'une forme de violence symbolique où ce discours, en apparence bienveillant, impose aux infirmières d'assumer seules la responsabilité de situations non sécuritaires, tout en niant la complexité de leur rôle.

Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte d'injustice

Le sentiment d'injustice procédurale émerge lorsqu'une décision affectant les conditions de travail est prise sans consultation ni reconnaissance des règles établies. L'UII exprime ici une frustration teintée d'ironie face à une autorité perçue comme arbitraire et insensible :

Bon, la coordination reçoit des appels d'infirmières qui sont malades tout ça et puis elle doit voir [...] qui est-ce qu'il y a dans le personnel qu'elle va pouvoir déplacer [où]. Voilà. Donc les déplacements, c'est [...] la coordination là, la dame qui s'occupe [...] de tout ça là, la nouille (UII-4).

Derrière ces propos, se manifeste une profonde dévalorisation symbolique de l'infirmière déplacée, une dévalorisation symbolique qui est au service d'une organisation qui néglige les règles du dialogue et de l'équité.

Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de division

D'autres UIIs rapportent que le traitement différencié entre collègues, souvent perçu comme du favoritisme, engendre un climat de division et une forme d'exclusion symbolique :

Mais sauf que ces déplacements [...] ça dépend de l'infirmière. Avec certaines ce n'est pas le même son de cloche hein [...]. Elles ne seront jamais déplacées. Une fois pour ne pas les déplacer on a imposé [un déplacement] à [...] la même infirmière pendant 3 jours (UII-5).

Cette inégalité dans l'application des règles mine la cohésion du collectif infirmier et alimente une hiérarchisation implicite entre les membres d'un même corps professionnel, ce qui est au cœur du processus de violence symbolique.

Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de domination

Enfin, l'acceptation comme « normale » d'une IPP quotidienne, malgré les conséquences éthiques ou professionnelles qu'elle entraîne, témoigne d'une domination intérieurisée. L'assignation à répétition sur différentes unités est ici décrite comme une atteinte déguisée aux droits professionnels, présentée sous le couvert du droit de gestion :

L'employeur te garantit un temps complet, mais c'est un droit de gestion de pouvoir te déplacer dans des unités [...] on va dire similaires. Mais en même temps, tsé, la cardiologie versus de la médecine ben, à mon sens, ce n'est pas similaire [...]. Faque bon, ce n'est pas honnête mais c'est du quotidien. [...] que ce soit à [noms des deux sites], ben [...] disons qu'on a le déplacement très facile là (UII-5).

Ce témoignage montre bien l'adhésion contrainte à un ordre imposé, dont les injustices sont banalisées. C'est dans cette acceptation silencieuse, non pas volontaire mais imposée par nécessité, que s'exerce la violence symbolique.

En bref, trois patrons intersites propres à la polyvalence-cas émergent des données :

- a) Conflits de valeurs : opposition entre, d'une part, le droit de gérance exercé par l'organisation au nom de la productivité, et, d'autre part, la perception qu'ont les infirmières de leurs responsabilités professionnelles, notamment le droit des patients à recevoir des soins sécuritaires.
- b) Pouvoir disciplinaire : perception de subordination, entretenue par la menace de réprimande, visant à contraindre l'infirmière qui résiste à l'IPP sur des unités pour lesquelles elle estime ne pas détenir les compétences nécessaires pour pratiquer.
- c) Violence symbolique : une IPP perçue comme légitime par la hiérarchie, mais qui contrevient aux responsabilités professionnelles de l'infirmière, devient un symbole de domination, notamment par l'abstraction des risques associés, tant pour les patients que pour la protection du permis de pratique de l'infirmière.

Expression de la détresse psychologique par les UIIs des deux sites pour la polyvalence-cas

État dépressif

Comme l'illustre ce témoignage, plusieurs UIIs rapportent avoir pleuré ou ressenti un profond découragement, lié à la crainte d'être un danger pour les patients ou de perdre leur permis de pratique lorsqu'on leur impose d'exécuter des gestes professionnels qu'elles ne maîtrisent pas pleinement. Cette détresse est d'autant plus vive qu'elle touche directement leur identité professionnelle et leur éthique de soin : « À la fin de la journée, je suis sortie de là pis je pleurais comme un bébé parce que j'me disais, tsé, ça pourrait être n'importe qui que j'aime qui est dans le lit » (UII-6).

État anxieux

Au fil des témoignages, un état d'anxiété s'installe chez les UIIs, souvent prises entre deux injonctions incompatibles : se soumettre à une IPP, imposée sous menace de sanction, ou respecter leurs responsabilités professionnelles en refusant d'intervenir dans des milieux spécialisés sans la compétence requise. Cette tension engendre un stress constant :

Les gestionnaires croient que vous devriez être capable de travailler en médecine, en chirurgie, en neuro, en hémodialyse ou sur n'importe quelle unité, c'est tout du pareil au même [parce qu'] on a toutes les mêmes connaissances. Mais [...] ça stress parce que c'est tellement spécialisé maintenant, on met notre permis sur la table (UII-2).

Irritabilité

Les sentiments de frustration et de colère sont également fréquents et sont souvent associés d'un traitement inégal dans la gestion des déplacements. Le sentiment d'injustice, particulièrement en lien avec les infirmières perçues comme favorisées, alimente cette irritabilité : « Pis les « vieilles » elles, pourquoi elles sont jamais déplacées? » (UII-2).

Difficulté à comprendre le sens d'une consigne liée au contexte des soins

Enfin, plusieurs UIIs expriment une incompréhension face à la logique managériale qui justifie les déplacements incessants. Cette incompréhension amplifie le sentiment de perte de sens et de désorientation professionnelle, comme le souligne cette UII : « OK, en me déplaçant, êtes-vous [AICs] conscients que [...] c'est comme demander à une fille de pédiatrie d'aller faire de la gériatrie, là. Quand elle [AIC] m'oblige, ben moi je comprends pas son raisonnement » (UII-6).

Artéfact-cas 3 – Tableau de répartition des patients

Premier niveau d'interprétation : de la pratique institutionnalisée vers les praxis au regard des récits des UIIs des deux sites

Contexte

Le tableau de répartition des patients fait partie d'un contexte de travail où il est utilisé pour assurer le mode de fonctionnement des centres d'activité – que les infirmières nomment « bulles » ou équipes de travail – et permettre de rapidement constater à quelle infirmière sont assignés quels patients. La seule information concernant l'établissement du tableau de répartition des patients provient de l'informateur-clé qui confirme, qu'en accord avec la gestion, la responsabilité absolue de cette tâche et des modifications qu'elle occasionne incombe à chaque AIC, et ce, à leur entière discrétion (informateur-clé, conversation privée, 3 octobre 2022). Puisque le tableau de répartition des patients représente l'unique façon de consigner l'assignation des tâches du personnel infirmier, il revient aux AICs de juger, pour chaque quart de travail, si la répartition des patients et la structure des centres d'activité sont suffisantes pour dispenser des soins importants qui peuvent s'avérer très spécialisés sur des unités remplies de patients (Plan clinique du CISSS d'accueil, 20xx). Afin de favoriser une meilleure organisation des soins et services ainsi que d'augmenter l'accessibilité aux soins (FIQ, 20xx, Lx), les AICs des unités de soins assignent les patients selon des numéros de chambre consécutifs.

Pratique institutionnalisée

Le CISSS d'accueil ayant mandaté les AICs pour gérer l'ensemble des décisions entourant l'établissement du tableau de répartition des patients, celles-ci possèdent

l'autorité pour déterminer la façon dont les soins seront dispensés par chaque bulle (équipe de travail). Il faut alors penser à la pratique institutionnalisée suivante : Gérance discrétionnaire pour l'établissement du tableau de répartition des patients.

De la pratique institutionnalisée vers la praxis intersites du tableau de répartition des patients. Une seule praxis quotidienne émerge de cette pratique institutionnalisée.

Praxis quotidienne : l'établissement du tableau de répartition des patients est soumis au droit de gérance

Cette praxis est le reflet d'activités quotidiennes vécues par les infirmières et qui, selon ces UIIs, se déroulent à l'intérieur de bulles (équipes de travail) en tant que frontières ultimes de la répartition des patients et des soins à dispenser :

Ça vous parle les bulles [...] ? C'est comme y a 3 secteurs, 3 secteurs avec [...] 10 patients d'un côté, 10 patients de l'autre et puis 10 de l'autre. [...]. Je vous résume, hein, parce que je ne peux pas vous donner les détails (UII-7).

[...] mais tsé [...] l'assignation c'est pas question d'être équitable [...] c'est surtout de nous placer dans un secteur [...] où les chambres sont toutes ensembles. Ouais [...] c'est pas standardisé sur toutes les unités parce que c'est l'assistante [AIC de chaque unité] qui gère tout ça (UII-3).

Cette UII présente que les bulles (équipes de travail) sont régies par une rotation qu'elle estime propice à garder une continuité des soins :

On a trois équipes qui sont déjà séparées dans trois cartables qui sont déjà faits. À tour de rôle [...] si je suis là quatre jours, ben je vais avoir ces patients-là quatre jours, tsé. Puis si [...] je tombe en journée de congé bien ça se peut que quand je vais revenir le [...] samedi que je n'ai pas la même équipe. Ça c'est les rotations qu'on devrait faire pour essayer de garder une continuité de soins (UII-2).

Tel que l'expliquent ces UIIs, une conséquence de la division des secteurs est l'inégalité de la charge de travail entre les bulles (équipes de travail) : « L'assignation des

patients, c'est pas toujours la quantité de patients [...] qui est embêtante, mais c'est la qualité des patients. Pour elle [AIC], les soins c'est minuté mais moi je cours ma vie » (UII-9); « À Montréal, j'avais trouvé que [...] l'appréciation du travail des infirmières était plus présent qu'à [CISSS d'accueil] et aussi la prise en charge par les gestionnaires [AICs] » (UII-2).

[...] c'est vraiment l'assistante qui fait le tableau d'assignation des patients. Elle arrive puis [...] bon ben : « Okay, toi t'étais là hier faque je vais te redonner ton équipe ». Je comprends la continuité de soins, mais en même temps elle ne regarde pas nécessairement la charge (UII-1).

À ce point, cette UII précise l'importance de l'entraide entre les bulles (équipes de travail) lorsque la charge de travail de leur bulle (équipe de travail) est considérable :

Et quand t'as les autres patients-là, ceux qui sont plus difficiles, [tu n'as] comme plus de contrôle [...] et là tu dois déléguer absolument et demander de l'aide parce que c'est pas possible [...] à gérer. Ça devient difficile parce que [...] quand ton équipe est lourde comme ça, il faut avoir du bon support [...] (UII-2).

Second niveau d'interprétation : les praxis contraignantes du tableau-cas au regard de l'ACÉPSI selon la perspective des UIIs des deux sites

La gérance discrétionnaire liée à l'établissement du tableau de répartition des patients est perçue comme habilitante pour l'AIC, dans la mesure où elle permet de structurer le travail à l'intérieur de l'unité selon un mode d'organisation du travail formalisé. Toutefois, cette même praxis est aussi contraignante pour les infirmières. En effet, à travers ses aspects contraignants, cette pratique institutionnalisée s'impose comme une source quotidienne de conflits de valeurs et de pouvoir disciplinaire, menant à la perception de violence symbolique. Les infirmières se voient contraintes d'accepter une charge de travail

inégalement répartie entre les bulles (équipes de travail), une répartition qu'elles jugent souvent non sécuritaire pour les patients et contraire à leurs valeurs professionnelles.

Première praxis contraignante : impose aux infirmières des deux sites d'accepter une charge de travail inégale entre les bulles (équipes de travail)

Conflits de valeurs. Les UIIs précisent que l'assignation par blocs de chambres est contraignante pour certaines infirmières, en raison de l'inégalité marquée de la charge de travail entre les différentes bulles (équipes de travail), mais aussi des tensions interpersonnelles entre infirmières. Certaines UIIs soulignent que la structure même des bulles est perçue comme une construction rigide, qui rend l'entraide facultative, voire légitimement refusale, ce qui entre en conflit avec les valeurs de solidarité et de collégialité professionnelles. Ce refus d'entraide devient ainsi une source de tensions et de représailles, particulièrement lorsque la situation s'inverse. Le témoignage suivant illustre comment cette dynamique alimente un climat de méfiance et de repli :

Le problème, c'est que le manque d'entraide ça fait un ricochet parce que si une collègue une fois, deux fois, trois fois ne nous apporte pas d'aide, quand c'est elle qui est dans le trouble, [...] elle a le revers de la médaille. Parce que moi je ne suis pas du genre à tendre l'autre joue, hein, comme on dit (UII-7).

Ce type de situation reflète un conflit de valeurs entre deux logiques opposées : une logique gestionnaire qui valorise la performance individuelle selon une structure prédéfinie (le bloc de chambres), et une logique professionnelle infirmière fondée sur la réciprocité, la collaboration et l'aide mutuelle. La mise en place d'un système qui autorise symboliquement le repli au détriment de l'entraide fragilise la cohésion d'équipe et alimente la détresse au quotidien.

Pouvoir disciplinaire. Les UIIs expliquent que l'utilisation du droit gérance dans l'établissement du tableau de répartition des patients devient un mode d'organisation du travail habilitant pour les AICs. En effet, l'assignation des soins par numéro de chambres consécutives (norme institutionnelle) facilite l'exercice de la surveillance (hiérarchique) en permettant une vision plus structurée et contrôlée du travail dans une unité surchargée de patients. Cependant, cette logique d'organisation a des effets contraignants pour les infirmières, notamment lorsqu'elle engendre une répartition inéquitable des patients, comme le dénonce cette UII :

Les patients ce n'est pas réparti équitablement, Ben, sur une équipe de dix patients, des fois tu peux avoir sept personnes en isolement versus l'autre bulle [équipe de travail], elle en a juste deux. Pourquoi? :« Ah bien parce que on a essayé de regrouper les chambres ». Ah ouais? (UII-3).

Toujours selon les UIIs, ce système favorise une forme de surveillance hiérarchique informelle entre infirmières, où l'objectivation du poste (assignation fixe au sein d'une bulle) prime sur la solidarité professionnelle. Le refus d'aider une collègue débordée est alors justifié non pas par la charge de travail réelle, mais par la rigidité du système d'assignation : « Mais moi quand j'étais plus capable, puis que je courais partout [...] et l'autre [infirmière moins occupée] qui me regardait du haut de son ancienneté [...]. Pas de [...] danger qu'elle m'aurait aidée [...] » (UII-6).

Enfin, les UIIs signalent que le droit de gérance, tel qu'exercé lors de l'établissement du tableau de répartition des patients, s'apparente parfois à une sanction normalisatrice. C'est-à-dire qu'il sert à faire respecter une décision sans dialogue possible, même lorsque cette décision entraîne une surcharge ou une iniquité manifeste. L'acuité des patients n'est

pas toujours prise en compte dans la répartition, et les infirmières se voient imposer une charge de travail inégale sans possibilité de recours. Ce témoignage illustre cette dynamique :

C'est toujours l'assistante qui décide. Puis [...] quand tu verbalises que la charge de travail n'est pas équitable, tu te fais répondre : « Ben c'est comme ça! Elle était là, hier, elle reprend son équipe! » [...]. Qu'est-ce tu veux répondre à ça? (UII-2).

Cette absence de dialogue et de reconnaissance du jugement clinique alimente un sentiment de soumission disciplinaire, où la norme prend le dessus sur l'expertise infirmière.

Deuxième praxis contraignante : une charge de travail inégale peut résulter en des soins non sécuritaires pour les patients

Conflit de valeurs. Les UIIs expriment qu'un conflit de valeurs émerge lorsqu'il y a mésentente entre les infirmières et l'AIC concernant la répartition des patients. Alors que les infirmières souhaitent une répartition plus équitable et sécuritaire pour les patients, l'AIC justifie ses décisions au nom du rendement du personnel. Pour les UIIs, ce pouvoir décisionnel devient contraignant car il peut compromettre la sécurité des patients et la rigueur professionnelle attendue dans leur pratique clinique :

Ben, je dirais que souvent, l'assignation des patients c'est très désorganisé. [...] à mesure que la tournée se faisait là, c'est là qu'on s'est rendu compte que l'équipe était vraiment très, très lourde. C'était vraiment du un pour un qu'il fallait faire mais ça se pouvait pas. Mais je ne peux pas avoir autant de patients [...] instables. Voyons donc. Mais elle [AIC] a rien voulu entendre (UII-8).

Cette organisation du travail, bien que structurellement justifiée, est vécue comme une atteinte à une valeur professionnelle fondamentale : la qualité des soins. Le témoignage

suivant met en lumière l'impact concret d'une répartition déséquilibrée, combinée à l'absence de collaboration inter-équipes :

C'est pas juste [équitable] la répartition des patients avec les bulles [...]. Mettons que j'ai trois retours de chirurgie en vingt minutes, ben tu cours les pattes aux fesses mais t'as pas de collaboration des autres bulles [...] faque ça met en danger ta responsabilité professionnelle puis les patients (UII-4).

Un autre conflit de valeurs se manifeste lorsqu'une équipe moins sollicitée refuse d'apporter son aide malgré l'inégalité manifeste entre les bulles. Cette situation est perçue comme un manquement à l'éthique de solidarité professionnelle, et comme une instrumentalisation du déséquilibre pour préserver le confort d'un groupe au détriment d'un autre. La tension devient alors interpersonnelle :

[On avait] huit isos [patients en chambre d'isolement] puis l'autre équipe en a eu juste un. [...]. Comment ça? Quand on s'est plaint, c'est l'autre équipe [moins occupée] qui chialait : « Ouais, ben quoi? Arrangez-vous » qu'on nous a dit. Je pense que ça devrait être juste pour tout le monde-là [...]. Non, [...] elles étaient comme bien contentes de ne pas être prises dans cette bulle-là. Non, je n'ai vraiment pas eu d'appui (UII-1).

Ces exemples témoignent d'un choc de logiques de justification : la logique managériale orientée vers la performance et la gestion autonome des bulles s'oppose à la logique professionnelle, fondée sur l'entraide, l'équité et la sécurité des soins. Cette opposition produit un sentiment de désillusion et de rupture du contrat moral entre l'organisation et les infirmières et entre les infirmières elles-mêmes.

Utilisation du pouvoir disciplinaire. Les témoignages des UIIs révèlent que le tableau de répartition des patients devient un outil à travers lequel se déploie un pouvoir disciplinaire, en particulier lorsque des normes organisationnelles non infirmières sont utilisées pour encadrer des pratiques de soins fondamentalement humaines. Un exemple

de surveillance hiérarchique réside dans l'imposition d'une logique d'efficience organisationnelle (norme institutionnelle) appliquée à la gestion du soin (norme professionnelle). Cette approche, perçue comme descendante et non négociable, permet à l'AIC d'exercer un pouvoir unilatéral sur les activités cliniques, en les soumettant à ses propres critères de gestion, sans qu'il y ait eu un dialogue :

Mais [...] pourquoi elle n'écoutait pas les infirmières, ben ça on ne sait pas. C'était comme ça [...] sa façon de faire d'être gestionnaire. Elle [AIC] avait décidé que le soin c'était ça. Et pas du tout négociable en plus (UII-5).

Ce pouvoir prend aussi la forme de sanctions normalisatrices, notamment lorsque le droit de gérance est utilisé pour réprimer toute tentative de contestation. Ainsi, le simple fait de vouloir discuter ou ajuster la charge de travail est parfois interprété comme un acte d'insubordination, terme chargé de connotation disciplinaire et qui marque la fermeture au dialogue :

C'est toujours l'assistante [...] qui a le dernier mot. Pis moindrement que tu parles, que t'essaie d'en discuter, de répartir ça [la charge de travail] un p'tit peu mieux, ben elle va te sortir « Le » mot : Tu fais de « l'insubordination ». OK [...] ben on frappe un mur (UII-3).

Dans ces exemples, le pouvoir disciplinaire s'exerce sans ritualisation, sans espace d'évaluation ou de justification. Il s'agit d'un pouvoir directif, consolidé par une hiérarchie fermée, où la règle institutionnelle prime sur le jugement professionnel des infirmières.

Expérience intersites de violence symbolique pour le tableau-cas au regard des UIIs

Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de division

Du point de vue des UIIs, la répartition inégale des patients, lorsqu'elle est perçue comme teintée de favoritisme, devient un acte de division symbolique au sein des équipes. Cette dynamique est habilitante pour certaines infirmières perçues comme favorisées, mais contraignante pour d'autres, qui se sentent exclues et dévalorisées. Il en résulte un sentiment de rejet symbolique qui affecte les relations interprofessionnelles et la perception de justice organisationnelle. Ainsi en témoigne cet extrait :

C'est quand même bizarre, hein, de voir que certaines infirmières sont toujours dans la même équipe? Ça se peut-tu [...] qu'on fasse du favoritisme? Je ne sais pas. Mais [...] est-ce qu'y en a qui ont plus [...] de faveurs que d'autres? Peut-être, oui. Ben pourquoi moi j'ai pas le droit aux faveurs? (UII-4).

Cette perception d'inégalité non assumée mais institutionnalisée incarne la violence symbolique : une domination qui ne s'impose pas par la force, mais par une différenciation implicite, socialement tolérée, souvent non questionnée.

Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de somatisation arbitraire

Cette division est aggravée par un style de leadership hiérarchique que les UIIs perçoivent comme fermé, unidirectionnel et insensible à la réalité professionnelle des infirmières. Pour elles, cette forme de gestion verticale impose un ordre qui nie la valeur de leur jugement, renforçant leur position subordonnée dans la hiérarchie tel que l'indique cette UII :

Le pire, c'est le manque de leadership. Un mauvais leadership [...] c'est où ils [les gestionnaires] voient l'infirmière ici [en bas de la hiérarchie], puis eux ici [en haut de la hiérarchie]. Ils ne veulent pas avoir les consentements [opinions] des infirmières (UII-5).

Ici, la non-reconnaissance symbolique de l'infirmière, comme actrice compétente de l'organisation, constitue une violence symbolique car elle naturalise sa place inférieure tout en invalidant ses apports.

Ce processus de dépossession symbolique se reproduit aussi dans le mode de répartition des patients, fondé sur une logique de « blocs » de chambres plutôt que sur la lourdeur clinique des cas. Cette répartition, présentée comme fonctionnelle, est perçue par les UIIs comme déconnectée du soin réel et comme un facteur d'aliénation professionnelle :

Tu rentres pour faire ton shift [quart de travail] et tu te ramasses avec des patients qui ont des conditions lourdes. Faque au lieu d'avoir cinq patients normaux, t'en a cinq qui sont multipoqués [...] faque ça fait que t'as une tâche en double. Même si tu parles tu ne seras ni entendue, ni écoutée [...], tu passes par-dessus tes valeurs professionnelles parce que t'as rien à dire [...] rien que tu peux faire (UII-8).

Ce témoignage traduit une expérience intérieurisée d'impuissance, où l'infirmière, bien que consciente du déséquilibre, n'a ni espace d'expression, ni pouvoir de transformation. C'est précisément cette intérieurisation de l'impossibilité d'agir qui constitue l'essence de la violence symbolique.

En conclusion, trois patrons intersites propres au tableau-cas émergent :

- a) Conflits de valeurs : une opposition entre, d'une part, un modèle de gestion non infirmier, axé sur l'efficience et la productivité et, d'autre part, un modèle infirmier fondé sur la qualité et la sécurité des soins.
- b) Pouvoir disciplinaire : une perception d'assujettissement, où les infirmières se sentent contraintes par des menaces de réprimande ou d'insubordination

lorsqu'elles questionnent les décisions de l'AIC concernant la répartition des patients.

- c) Violence symbolique : le tableau de répartition des patients est ressenti comme un symbole de domination du soin, qui engendre une division entre infirmières et un sentiment d'injustice, particulièrement lorsque les valeurs professionnelles propres à la pratique infirmière ne sont pas reconnues ou prises en compte.

Expression de la détresse psychologique par les UIIs des deux sites pour le tableau-cas

Étant dépressif

Certaines UIIs, dont celle-ci, expriment un sentiment de découragement et de perte de plaisir au travail en lien avec le manque de solidarité et l'ambiance alourdie par l'assignation déséquilibrée. La surcharge de travail et le sentiment d'isolement créent un climat de travail détérioré : « [...] travailler comme ça, à toujours courir, c'est décevant. [...] ça crée beaucoup de frustrations entre les infirmières [...]. Y a comme pus de plaisir à travailler. Même que l'atmosphère de travail est rendue viciée (UII-9).

État anxieux

À ce découragement s'ajoute une tension constante, liée à la difficulté de répondre aux exigences d'un modèle de gestion des soins structuré selon une logique de performance, souvent sans soutien ni solution concrète aux problèmes soulevés :

J'étais toujours en temps supplémentaire à la fin de mon quart de travail faque j'étais [...] épuisée mais on me donnait pas d'autres solutions. Tsé, on se fait toujours dire ça, dans notre métier, qu'on est les seules à [...] éprouver des problèmes [qui ralentissent la dispensation des soins] (UII-1).

Irritabilité

Les UIIs expriment également un sentiment de colère et de frustration, nourri par le manque de collaboration entre bulles (équipes de travail). Lorsque les équipes moins sollicitées refusent d'aider, cela alimente un sentiment d'iniquité et accentue la surcharge pour les autres, tel que l'indique ce témoignage :

On ne pense pas solidarité [...]. Être sollicitée pour donner un coup de main à d'autres bulles, je peux vous dire que ça crée beaucoup de frustrations parce que ce ne sont pas toutes les infirmières qui acceptent [...] de donner un coup de main, même si dans leur bulle [...] ils n'ont pas beaucoup de soins à donner à leurs patients. Ils se disent, bon, dès que la répartition est faite, c'est fait. Donc, pour elles, « Ma bulle c'est ma bulle. Je m'occupe des patients de ma bulle ». Les autres bulles, même si le feu pogne, ce n'est pas leur problème (UII-2).

Difficulté à comprendre le sens d'une consigne liée au contexte des soins

Enfin, plusieurs UIIs expriment une incompréhension face à la logique sous-jacente à la répartition des patients, notamment lorsqu'elle ne tient pas compte de la complexité des soins requis. Cette absence de jugement clinique dans la gestion des assignations est perçue comme irrationnelle et injuste :

Pourquoi je me ramasse toujours avec les sections [...] où les patients ont des Vacs, un Pic Line, un Port-à-Cath ou une transfusion sanguine? [...] la longueur des techniques est pas possible [...] faque je comprends pas qu'elle [AIC] n'utilise pas son jugement clinique dans la répartition des patients (UII-3).

Cette incompréhension s'accompagne d'un sentiment d'isolement croissant et d'un effritement du sentiment d'appartenance :

[...] sur l'unité, c'est vraiment plus [...] chacune pour soi. C'était pas ça avant. Ouain. Donc, chacune reste là-dedans, dans sa bulle, et puis l'objectif final c'est quoi? Quand on refuse d'aider une autre bulle, non seulement, là, [...] comme tu fais pas partie de la bonne gang mais c'est déroutant parce que ça prive les patients, les soins dont les patients ont besoin (UII-9).

Arterfact-cas 4 – Uniforme infirmier

Premier niveau d'interprétation : de la pratique institutionnalisée vers les praxis au regard des récits des UIIs des deux sites

Contexte

L'uniforme infirmier est régi par la prise de position de l'OIIQ, laquelle est expliquée dans un document intitulé *l'Image professionnelle des infirmières Prise de position* (OIIQ, 2018). Celui-ci stipule que l'infirmière professionnelle « [...] Ne se définit pas seulement par son apparence et ses vêtements. Pour autant que la sécurité du client ne soit pas en jeu, l'infirmière est libre d'adopter l'apparence qu'elle souhaite en accord avec les politiques de son employeur » (OIIQ, 2018, p. 5). Cependant, l'OIIQ précise que l'infirmière doit s'assurer que ses choix lui procurent crédibilité et professionnalisme (OIIQ, 2018). Pour sa part, les dispositions locales de la convention collective du CISSS d'accueil (FIQ, 20xx) prévoient que si l'employeur exige un uniforme, et que les normes sanitaires le requièrent, il devra le fournir et l'entretenir (FIQ, 20xx, Lx). À ce propos, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) signale que l'uniforme contaminé devient un vecteur de transmission de micro-organismes à l'environnement (INSPQ, 2017) demandant la mise en place de « [...] mesures visant la protection de la santé publique [...] » (LégisQuébec, 2023c. 1, a. 71. p. 22).

Pratique institutionnalisée

Mise à part une suggestion de suivre les règles émises par l'OIIQ, il y a absence de politique ou de règlement pour baliser le code vestimentaire des infirmières œuvrant dans les unités de soins et, conséquemment, il n'y a aucun renforcement, rappel ou réprimande

verbale ou officielle de prévus comme mesures disciplinaires s'il y a perception que l'uniforme semble inapproprié (informateur-clé, conversation privée, 3 octobre 2022). Au regard de ce qui précède, la pratique institutionnalisée adoptée par le CISSS d'accueil est la suivante : Absence de règles formelles pour encadrer l'uniforme infirmier.

De la pratique institutionnalisée vers la praxis intersites de l'uniforme-cas. Une seule praxis quotidienne émerge de cette pratique institutionnalisée.

Praxis quotidienne : l'uniforme infirmier est soumis à un vide réglementaire

Au regard des entretiens avec les UIIs, il est avancé que l'existence d'un vide réglementaire est permissif des libertés vestimentaires pour les infirmières qui possèdent le libre arbitre quant au choix de leur tenue de travail :

Moi quand j'ai rentré comme jeune infirmière à l'hôpital de [nom du site], tout ce qui était blanc, c'était un uniforme d'infirmière. Puis après ça, on a comme fusionné [...], puis là après ça, là il a fallu porter absolument l'uniforme traditionnel [mais] de toutes sortes de couleurs. Maintenant, on porte ce qu'on veut (UII-6).

L'effet produit par le vide réglementaire est une hétérogénéité des uniformes de travail dans les unités de soins du CISSS d'accueil. Selon ces UIIs, ne pas pouvoir distinguer les infirmières des autres travailleurs peut porter à confusion :

L'uniforme c'est un symbole [...]. Il faudrait que [...] les infirmières, les auxiliaires et les préposés aient [...] des uniformes différents [...] qui serviraient [...] à nous différencier. Parce que pour les personnes âgées, ben les gens qui portent un uniforme c'est tous des docteurs (UII-7).

Ben oui, ben sûr qu'on se présente, tsé. Je m'appelle [untelle], je suis votre infirmière aujourd'hui. Mais, tsé, infirmière, infirmière auxiliaire, bien souvent [...] les gens, tsé, ils ne savent pas la différence là et ça peut nuire aux soins. C'est les patients qui [...] trouvent ça difficile le manque d'identité [...] (UII-5).

Il ne semble pas y avoir une compréhension exacte de la nature des règles qui entourent l'uniforme infirmier, une confusion que résume cette UII : Ouais, [...] l'uniforme [...]. Tsé c'est sûr qu'il doit y avoir un code vestimentaire. Dans les vestiaires, il me semble qu'on voit la politique vestimentaire qui est affichée » (UII-9).

Lorsqu'elles font valoir l'importance de retirer leur uniforme afin d'endosser d'autres vêtements pour le retour à la maison, plusieurs UIIs croient à la pertinence de décrire les lieux pour se changer à la fin de leur quart de travail :

Les vestiaires [...] disent qu'on a des chambres de bain pour se changer [...] mais on n'a pas de vestiaire autre qu'au sous-sol faute tsé, non, on n'a pas de vestiaire comme tel dans les unités. Si tu veux changer ton uniforme c'est compliqué (UII-8).

Et si on veut se changer, c'est des vestiaires où on est deux par case. C'est des tout petits vestiaires, des petites cases qui font [...] 40 cm donc [...] deux gros manteaux d'hiver ne rentrent pas. C'est pareil pour les bottes (UII-7).

Second niveau d'interprétation : les praxis contraignantes de l'uniforme-cas au regard de l'ACÉPSI selon la perspective des UIIs des deux sites

L'absence de cadre réglementaire formel encadrant l'uniforme infirmier est perçue comme habilitante pour les infirmières, dans la mesure où elle leur permet de choisir librement leur tenue vestimentaire. Toutefois, ce même vide normatif devient également contraignant, car il ouvre la voie à une série d'interprétations divergentes quant à ce que signifie « être professionnelle ».

Selon les UIIs, l'uniforme devient ainsi une source de violence symbolique, en ce qu'il est à la fois vecteur de conflits de valeurs et outil implicite de pouvoir disciplinaire. Il génère une hétérodoxie, c'est-à-dire une pluralité non régulée de normes perçues comme

contradictoires, dans la définition du professionnalisme et impose tacitement l'acceptation d'un manque de repères visuels clairs, tant pour les patients que pour les autres professionnels de la santé. Le port d'un uniforme non distinctif fragilise ainsi la visibilité de l'infirmière dans l'unité de soins, ce qui contribue à une perte symbolique de reconnaissance.

Première praxis contraignante : créé de l'hétérodoxie quant à la perception du professionnalisme

Pour plusieurs des UIIs rencontrées, l'uniforme infirmier traditionnel, de couleur blanche, demeure un symbole de professionnalisme. À l'opposé, le port de vêtements dits « plus en vogue » est perçu comme menaçant pour l'image professionnelle et comme un relâchement des standards visuels et éthiques associés à la fonction infirmière.

Conflit de valeurs. Ce qui émerge des propos des UIIs, est un conflit de valeurs qui oppose les partisans de la tradition vestimentaire à celles qui privilégient la liberté individuelle d'expression. Pour les premières, l'absence de cadre formel ou de normes vestimentaires claires est en soi contraignante, puisqu'elle rend légitime une pluralité de styles qui, à leurs yeux, compromet la reconnaissance du rôle professionnel comme le souligne cette UII :

Pis tsé [...] je dirais que moi, pour l'uniforme, je suis un peu vieux jeu-là. Tsé-là pas de vernis, pas de bijoux, tsé quand je travaille, honnêtement j'ai absolument rien. Tsé chu ben straight, [...]. Faque [...] je me dis les gens ont perdu une certaine valeur professionnelle, l'éthique professionnelle dans tout ça [...] (UII-3).

Les tensions se cristallisent autour de la visibilité et de l'image de la profession, comme en témoignent ces propos critiques envers les nouvelles pratiques vestimentaires perçues

comme excessivement décontractées : « Avant, l'infirmière était reconnue par l'uniforme blanc. Aujourd'hui ou ben on a l'air des greluches [...] ou ben le gars d'entretien arrive [...] avec le même [uniforme] que toi » (UII-9).

Si t'es habillée avec des jeans et un chandail décolleté, puis que tu donnes des soins aux personnes là, tsé [...] c'est déplacé non? [...] Des fois je suis comme « Hichh » [...]. Tsé un patient mettons qu'il a encore toute sa tête [...] il va avoir un petit show là tsé. Faque moi, je trouve ça [...] épouvantable (UII-8).

Un autre conflit de valeurs, plus délicat, émerge à l'intersection des normes professionnelles perçues et des expressions religieuses visibles dans l'uniforme. Ici, certaines infirmières associent le professionnalisme à un style neutre ou standardisent leur critique envers des collègues de confession différente, en interprétant leurs vêtements comme non conformes à l'identité professionnelle attendue. Cet extrait atteste des critiques et jugements à propos d'ajouts corolaires et religieux à l'uniforme considérés comme étant injustifiés et liés à une préférence personnelle :

Il y a de plus en plus de [...] femmes qui portent le voile, puis qui sont habillées [...] avec une grande jupe, puis des collants. Les infirmières qui portent le voile et les manches longues, je pourrais dire que c'est [...] très mal habillé [...] en plus que ça fait pas partie de la profession (UII-6).

Ces extraits illustrent des visions concurrentes du professionnalisme où, en l'absence de balises formelles, les jugements vestimentaires deviennent porteurs de clivages identitaires. Ainsi, l'uniforme, censé unifier et représenter la profession, devient un objet d'hétérodoxie normative, révélateur de tensions profondes entre valeurs personnelles, culturelles, religieuses et professionnelles.

Utilisation du pouvoir disciplinaire. Pour les praxis contraignantes de l'uniforme-cas, ce titre sous-entend un emploi négatif du pouvoir disciplinaire par les AICs puisque

le vide réglementaire ne leur permet pas d'appliquer de sanctions. Selon les UIIs, l'absence de règles formelles encadrant l'uniforme, autrement dit l'absence de norme institutionnelle explicite, entraîne une défaillance de la surveillance hiérarchique. En effet, aucun mécanisme de supervision ne vient réguler ou harmoniser les pratiques vestimentaires au sein des unités de soins. Cette absence de cadre formel, loin d'être neutre, devient source de confusion normative et amplifie un sentiment de discrimination, tant entre collègues qu'à l'égard de certains signes culturels ou religieux visibles dans l'uniforme.

Pour les UIIs, cette absence de surveillance hiérarchique, ou de balises, produit une forme de pouvoir disciplinaire inversé, non pas à travers une sanction explicite, mais par la tolérance silencieuse de pratiques jugées inappropriées par certaines, ce qui alimente des jugements, des stigmatisations et des exclusions symboliques. L'absence de sanction normalisatrice formelle est ainsi remplacée par des sanctions informelles, notamment des commentaires, des regards ou des traitements différenciés, qui marquent une forme de régulation diffuse.

Dans ce contexte, l'uniforme devient un espace où se jouent des rapports de pouvoir implicites, où la non-intervention de la hiérarchie est perçue, par plusieurs UIIs, non pas comme un signe de liberté mais comme un abandon de la fonction régulatrice de l'encadrement clinique. Cela nourrit un climat de tension et d'insécurité identitaire, en particulier pour celles qui vivent des jugements à l'égard de leurs choix vestimentaires, qu'ils soient liés à une culture professionnelle traditionnelle ou à une appartenance religieuse.

Deuxième praxis contraignante : impose aux infirmières d'accepter un manque de visibilité professionnelle dans l'unité de soins

Conflits de valeurs. Les UIIs considèrent que le vide réglementaire concernant l'uniforme est contraignant car il permet une grande diversité vestimentaire qui empêche de distinguer clairement les infirmières des membres de l'équipe interprofessionnelle. Pour les UIIs, cette absence de différenciation visuelle crée de la confusion auprès des patients et des collègues, tout en affaiblissant l'identité professionnelle infirmière au sein de l'unité de soins. Loin d'être perçue comme un simple détail esthétique, l'hétérogénéité des uniformes devient le cœur d'un point de friction symbolique, comme en témoigne cette UII :

L'uniforme, pour nous autres, c'est dépassé quoi? À l'urgence [...] y sont habillées en bleu. Au bloc opératoire c'est en vert. Ici, on a toutes l'air des arcs-en-ciel. On est à traverser des changements de paradigme [pour l'uniforme]. C'est dur à accepter (UII-6).

Certaines UIIs reconnaissent que, dans des contextes particuliers, comme en santé mentale, l'uniforme civil peut favoriser la relation d'aide. Cependant, dans des environnements plus techniques et rapides, comme la médecine ou la chirurgie, l'uniforme professionnel est perçu comme un levier de soutien aux soins :

Ben quand je travaillais en santé mentale, [...] fallait arriver en civil parce que ça enlève la barrière professionnelle puis ça facilite l'approche avec cette clientèle-là. Mais en médecine/chirurgie [...] pas le temps pour jaser. Un uniforme infirmier ça nous aiderait pour nos soins (UII-8).

Les conséquences de ce manque de visibilité sont concrètes. Des confusions surviennent fréquemment lorsque les patients ou leurs familles s'adressent à la mauvaise

personne pour des soins ou des demandes urgentes. Une UII explique comment cette indistinction affaiblit la qualité des soins et engendre des conflits :

Tout le monde porte des uniformes. La famille nous dit : « Oui, ça fait 20 minutes que j'ai demandé un calmant pour papa, mais personne n'est venu. Pourtant, je l'ai dit à l'infirmière ». Ah oui, mais « l'infirmière » c'était le gars de l'entretien. Mais souvent les gens qui font le ménage [...] ils n'osent même pas venir [...] le dire aux infirmières [qu'ils ont eu une demande du patient/de la famille] de peur de la déranger. Non mais c'est vrai, les gens y sont perdus. Y a tellement de gens qui défilent dans leur chambre qu'ils savent plus à qui s'adresser [...]. Et ça, ça nuit aux soins et ça crée des conflits [...] (UII-7).

Enfin, un autre conflit de valeurs émerge du sentiment d'être non représenté comme groupe professionnel visible. Pour plusieurs UIIs, l'uniforme est aussi un vecteur de reconnaissance auprès des autres professionnels, notamment les médecins : « Avec des uniformes non distinctifs, bon [...] on ne sait pas trop qui fait quoi » (UII-7).

[...] Un uniforme c'est [...] une image professionnelle avec les usagers mais aussi les collègues. Même les médecins, quand ils arrivent, ils ne savent pas finalement s'ils s'adressent [...] à la secrétaire, à l'infirmière, à l'AIC ou au préposé (UII-1).

Tiens, pas plus tard que [...] la semaine dernière, y a un docteur qui a donné un ordre verbal à une fille, là, pas l'infirmière. Bravo les uniformes non diversifiés [non différenciés] [...]. Des fois je me sens comme non respectée [en] tant qu'infirmière [...]. C'est du non-respect pour le travail de l'infirmière (UII-5).

Dans l'ensemble, ce manque de repères visuels, toléré par l'organisation, entre en contradiction directe avec les valeurs professionnelles de reconnaissance, de sécurité et de responsabilité clinique. Il alimente un sentiment de dévalorisation symbolique, où l'identité infirmière est diluée dans un environnement visuel non structuré.

Utilisation du pouvoir disciplinaire. Un aspect contraignant du manque de différenciation des uniformes se manifeste dans la divergence des pratiques vestimentaires (norme institutionnelle) observée entre les différentes unités du CISSS d'accueil. Selon les

UIIs, cette application inégale des règles, associée à une absence de surveillance hiérarchique formelle, contribue à institutionnaliser des formes de discrimination inter unités. Ce témoignage illustre bien la perception d'une application arbitraire du pouvoir à travers la gestion de l'uniforme, où certains groupes bénéficient d'avantages symboliques ou matériels (comme le prêt d'uniformes), tandis que d'autres sont laissés pour compte :

Ben y a une différence entre les unités pour l'uniforme. Tout à fait là. Exemple, au bloc, [...] ils ont leur uniforme fourni. Oui [...]. Mais pas nous. [...] Ben quand on en a parlé, qu'on leur a demandé de fournir les uniformes, la gestion en a volé au bloc opératoire mais [...] que des tailles « S ». Moi je ne rentre même pas mon bras dans l'uniforme. Ben, faqu'on en a pu jamais demandés (UII-3).

Pour les UIIs, cette absence de règles formelles contraint non seulement les infirmières, mais limite aussi la capacité d'action des gestionnaires eux-mêmes. Le manque de directives claires empêche l'AIC d'intervenir efficacement dans les situations conflictuelles ou sensibles liées à l'uniforme, notamment en ce qui concerne les questions socioculturelles ou religieuses. Cette carence de cadre normatif est interprétée comme un manque de compétence managériale ou comme un désengagement de la fonction disciplinaire, comme l'expriment ces deux UIIs :

C'est vrai que [...] les habits religieux [...], ils [...] ne savent pas comment régler ce problème. [...] Je pense que c'est au niveau du gestionnaire qu'il faut qu'il fasse l'intervention [...] quand [...] les leggings sont trop serrés, ou avec le voile. En fait, je pense que les institutions ont tellement peur [...] de rentrer dans des conflits [...] socioculturels que [...] tout est toléré. Pis nous, faut accepter ça, là (UII-7).

[...] C'est qu'en fait, les conflits [en lien avec l'uniforme] c'est parce qu'on n'a pas les directives en arrière pour nous supporter. On n'a pas rien d'établi. Une personne toute seule, elle ne peut pas mettre des directives car il n'y en a pas de support en arrière [...]. Y en n'a pas des directives claires. Y a aucune conséquence (UII-9).

Dans ces cas, l'absence de sanction normalisatrice et de cérémonial de l'examen (aucune évaluation, aucun retour formel) renforce la perception d'un pouvoir hiérarchique

diffus, où les infirmières doivent composer seules avec les tensions sans encadrement ni médiation de la part de la gestion.

Paradoxalement, cette absence de supervision semble parfois habilitante pour les AICs, notamment lorsque l'uniformisation vestimentaire facilite la polyvalence ou masque les distinctions professionnelles. En l'absence de différenciation visuelle, les AICs peuvent déléguer ou tolérer des tâches au-delà des rôles habituels, ce qui peut répondre à certains besoins fonctionnels, mais au prix d'une dilution identitaire du rôle infirmier : « [...] vu qu'il y a un manque de personnel [...] quand y a des infirmières auxiliaires qui vont par-delà de leurs attributions, ça arrange la cheffe [AIC] que les uniformes soient pareils » (UII-8).

Ainsi, le pouvoir disciplinaire ne s'exerce pas ici à travers des sanctions explicites ou une surveillance stricte, mais plutôt par défaut de régulation, une forme de pouvoir permissif et désengagé qui génère de l'inconfort, des tensions et une perte de repères professionnels chez les infirmières.

Expérience intersites de violence symbolique pour l'uniforme-cas au regard des UIIs

Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte d'injustice

Certaines UIIs expriment un sentiment d'injustice lié à la disparité entre unités quant à la distribution des uniformes. Le fait que certaines équipes bénéficient d'uniformes fournis par l'institution, alors que d'autres doivent se débrouiller seules, alimente un ressenti d'exclusion et de dévalorisation symbolique. Ce traitement différencié est vécu comme un marqueur d'appartenance à une catégorie « inférieure » :

Je pense que de toutes avoir le même uniforme, ça créerait une dynamique, tsé, un esprit d'équipe [...]. Au bloc, [...] c'est très caractéristique à eux autres, faqu'ils viennent qu'à être associés à un groupe [distinct]. Nous on est les restants (UII-9).

Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de coercition

Pour certaines UIIs, la contrainte d'accepter une norme implicite non négociable, issue d'un vide réglementaire, crée une expérience de violence symbolique, particulièrement lorsque leurs valeurs de conformisme professionnel ou culturel sont en contradiction avec la tolérance vestimentaire du milieu. Cet extrait en fournit un exemple :

En arrivant [au CISSS d'accueil] j'ai été confronté à beaucoup d'immigration [...], des cultures différentes [...] avec leurs habits. En [nom du continent], les hôpitaux ont réglé les problèmes des gens qui s'habillent n'importe comment ou bien du moins selon leurs valeurs. Tout le monde est habillé pareil, là. Mais ici, ça sert à rien de demander [...] c'est déjà décidé en haut [décision organisationnelle] (UII-4).

Cette absence de règles est également vécue comme un abandon managérial, voire une tolérance excessive, qui empêche toute contestation :

Après, au-delà de l'uniforme, ce qui me choque encore plus, c'est celles qui ont des ongles de 10 cm de long avec des perles, des dessins, enfin tout ce qu'on veut dessus, je me demande ce qui a là-dessous. Mais [...] on peut faire des crises mais y a rien qui va changer (UII-7).

Ici, [...] à [CISSS d'accueil], tout est toléré. Mais moi depuis que je travaille ici [...], je n'ai jamais vu quelqu'un être appelé au bureau parce qu'il porte un jogging avec un top ou parce qu'il porte des Crocs [sorte de sandales/souliers]. [...]. Pis si t'essaye d'en parler [de l'absence de règles formelles], [...] on nous envoie [...] on n'est pas écoutées disons (UII-5).

Expérience de violence symbolique à la suite d'un acte de domination

Certaines UIIs ayant travaillé à l'international décrivent leur choc culturel face à la liberté vestimentaire au Canada, vécue comme une forme de domination symbolique intériorisée, où l'uniforme perd son statut d'emblème professionnel. Pour elles, le refus

d'imposer une norme claire est perçu comme une perte de repères, voire comme une dévalorisation implicite du rôle infirmier :

Mais ici [...] au Canada, on est autorisées quand même, malgré tout, à porter un uniforme uni [...] coloré, fleuri ou avec [...] ce qu'on veut là-dessus. C'est très choquant. En [pays d'origine], c'était uniforme blanc, chaussettes blanches avec chaussures blanches [...]. Tu savais qui était l'infirmière là. Tous ces styles d'uniformes, ça me faisait un peu comme penser, ben, que le soin c'est moins sérieux ici. J'ai pensé retourner chez moi (UII-4).

Un autre témoignage exprime une perte d'identité professionnelle collective, causée par l'indifférenciation visuelle généralisée :

Mais moi [...] je vais vous dire, [...] j'ai travaillé dans quatre pays différents. Et je peux vous dire qu'ici, l'uniforme, c'est comme un manque d'identité [...] pour les professionnels [...] et aussi [...] pour les patients. Surtout pour les patients (UII-5).

En résumé, trois patrons intersites propres à l'uniforme-cas émergent des résultats :

- a) Conflits de valeurs : une opposition perçue entre, d'un côté, des valeurs de conformisme souvent associées à l'uniforme traditionnel (blanc, sobre, standardisé) et, de l'autre côté, des valeurs d'hétérodoxie permises par le vide réglementaire qui autorise des tenues plus variées (d'un point de vue professionnel, culturel et religieux).
- b) Pouvoir disciplinaire : l'absence de règles formelles renforce la perception d'un manque de distinction entre les catégories d'infirmières, ce qui alimente l'idée d'une polyvalence implicite, déjà soulevée dans l'analyse de l'artéfact polyvalence-cas (Cas 2) et affaiblit la capacité de l'AIC à exercer un encadrement équitable.
- c) Violence symbolique : le vide réglementaire est vécu tel un symbole d'inégalité sociale, en ce qu'il favorise certaines unités ou styles d'expression au détriment

d'autres, renforçant ainsi un sentiment de domination invisible au sein même du collectif infirmier.

Expression de la détresse psychologique par les UIIs des deux sites pour l'uniforme-cas

État dépressif

Plusieurs UIIs expriment un découragement face à l'absence de cadre normatif entourant l'uniforme qui, selon elles, nuit à la visibilité professionnelle et à la cohésion du groupe infirmier. Ce vide réglementaire laisse place à des tensions entre collègues qu'aucune règle ne vient encadrer ou apaiser, comme en témoigne cette UII : « [...] le port de l'uniforme n'importe comment, le problème c'est que c'est devenu un conflit entre nous [...] qu'on ne peut pas régler parce qu'il n'y a rien [pas de règlements]. C'est déprimant comme milieu de travail [...] » (UII-5).

État anxieux

L'hétérogénéité des uniformes entraîne aussi une forme de stress liée à la perte de repères dans l'organisation des soins. Le manque de différenciation complique l'identification des rôles, tant pour les patients que pour les autres professionnels, et affecte la fluidité des interactions, comme l'indique ce témoignage :

Les uniformes qui ne nous différencient pas là, ben [...] c'est comme un stress de plus parce que ça rend difficile de gérer nos patients et ça va nuire aux soins. Y a d'autres unités qui n'ont pas ce problème-là (UII-2).

Irritabilité

Certaines UIIs rapportent aussi vivre de la frustration et de la colère, particulièrement lorsqu'elles perçoivent des injustices ou des traitements différenciés en lien avec les

libertées vestimentaires. L'ajout d'éléments religieux ou stylisés à l'uniforme, toléré pour certaines mais non pour d'autres, alimente un sentiment d'iniquité : « Pis c'est pareil comme les ajouts, les touches personnelles [à l'uniforme]. Ça cause de la frustration parce que tsé, on se dit ben [si] c'est bon pour elle donc ça devrait être bon pour moi » (UII-3).

Difficulté à comprendre le sens d'une consigne liée au contexte des soins

Enfin, plusieurs UIIs rencontrées évoquent une incompréhension quant à l'absence d'intervention managériale sur les enjeux liés à l'uniforme. Pour elles, une décision claire suffirait à encadrer les pratiques, mais le statu quo est perçu comme une démission de l'autorité organisationnelle. Voici ce qu'en dit cette UII : « Là, je me suis comme sentie un peu perdue dans tout ce paquet [...] de vêtements au lieu d'un bel uniforme. Allez comprendre pourquoi ils acceptent n'importe quoi » (UII-5).

En conclusion du premier niveau d'analyse : tableaux sommaires des quatre artéfacts-cas pour les deux sites

Les tableaux qui suivent offrent un résumé intersites et intercas de cette partie de l'analyse. Au Tableau 8 est présenté un sommaire intersites des pratiques institutionnalisées et des praxis tandis que le Tableau 9 offre un sommaire des patrons intersites. Enfin, au Tableau 10 se trouve l'expression intersites de la DPII, par les UIIs, pour les quatre cas.

Tableau 8

Sommaire intersites des pratiques institutionnalisées et des praxis

Artéfact-cas 1 - Horaires de travail des infirmières	Artéfact-cas 2 - Polyvalence professionnelle infirmière	Artéfact-cas 3 - Tableau de répartition des patients	Artéfact-cas 4 - Uniforme infirmier
Pratiques institutionnalisées intersites			
Gérance discrétionnaire des horaires de travail	Gérance discrétionnaire de la polyvalence professionnelle infirmière	Gérance discrétionnaire pour l'établissement du tableau de répartition des patients	Absence de règles formelles pour encadrer l'uniforme infirmier
Niveau 1 : Praxis quotidiennes intersites			
L'établissement des horaires de travail est soumis au droit de gérance	Il y a imposition d'une polyvalence professionnelle aux infirmières	L'établissement du tableau de répartition des patients est soumis au droit de gérance	L'uniforme infirmier est soumis à un vide réglementaire
Niveau 2 : Praxis habilitantes/contraintantes intersites			
Habilitante pour AIC : <ul style="list-style-type: none"> • Favorise la gestion des ressources humaines dans l'immédiat Contraignantes pour infirmières : <ul style="list-style-type: none"> • Brime les infirmières de leurs droits • Nuit à la capacité des infirmières de concilier travail et obligations familiales/sociales 	Habilitante pour AIC : <ul style="list-style-type: none"> • Permet un remaniement fonctionnel de sorte à rééquilibrer les équipes de travail en dépit d'un effectif infirmier diminué Contraignante pour infirmières : <ul style="list-style-type: none"> • Impose aux infirmières d'accepter des déplacements qu'elles considèrent professionnellement dangereux 	Habilitante pour AIC : <ul style="list-style-type: none"> • Favorise de structurer le travail dans l'unité Contraignantes pour infirmière : <ul style="list-style-type: none"> • Impose aux infirmières d'accepter une charge de travail inégale entre les bulles (équipes de travail) • Peut résulter en des soins non sécuritaires pour les patients 	Habilitante pour les infirmières : <ul style="list-style-type: none"> • Leur permet de s'habiller comme elles le veulent Contraignantes pour infirmières : <ul style="list-style-type: none"> • Crée de l'hétérodoxie quant à la perception du professionnalisme • Impose d'accepter un manque de visibilité professionnelle dans l'unité de soins

Tableau 9

Sommaire des patrons intersites pour les quatre cas

	Artéfact-cas 1 - Horaires de travail des infirmières	Artéfact-cas 2 - Polyvalence professionnelle infirmière	Artéfact-cas 3 - Tableau de répartition des patients	Artéfact-cas 4 - Uniforme infirmier
	Patrons intersites			
Conflits de valeurs	Met en opposition les valeurs entre la logique de performance de la gestion et les besoins / droits des infirmières	Met en opposition les valeurs entre un droit de gérance exercé au nom de la productivité et la perception qu'ont les infirmières de leurs responsabilités professionnelles	Met en opposition les valeurs entre un modèle non infirmier de gestion des soins, axé sur l'efficience et la productivité, et un modèle infirmier fondé sur la qualité et la sécurité des soins	Met en opposition des valeurs de conformisme, rattachées à l'uniforme traditionnel et des valeurs d'hétérodoxie, plus informelles, autorisant un uniforme non traditionnel (du point de vue professionnel, culturel et religieux)
Pouvoir disciplinaire	Perception de subordination due à l'indifférence ou aux menaces de sanctions pour contraindre l'acceptation des manipulations d'horaires par les AIC/TRH	Perception de subordination entretenue par la menace de réprimande pour contraindre l'infirmière qui résiste à l'IPP sur des unités où elle estime ne pas détenir les compétences nécessaires pour pratiquer	Perception d'assujettissement à l'aide de menaces d'insubordination pour contraindre l'infirmière qui questionne les décisions de l'AIC à propos de la répartition des patients	Perception d'un manque de distinction entre les différentes catégories d'infirmières, ce qui alimente la perception qu'une infirmière est polyvalente (tel que décrit sous le Cas 2).
Violence symbolique	L'horaire devient un symbole de domination légitimisé qui autorise la transgression des droits et renforce l'inégalité dans la gestion du temps	La légitimité hiérarchique de l'IPP contrevient aux responsabilités professionnelles de l'infirmière et devient un symbole de domination par l'abstraction des risques et dangers (pour les patients et la protection du permis de pratique de l'infirmière)	Tableau vécu comme un symbole de domination du soin qui engendre une division entre infirmières et un sentiment d'injustice lorsqu'il y a non reconnaissance des valeurs de la profession infirmière	Le vide réglementaire devient un symbole d'inégalité sociale en renforçant le sentiment que certaines classes d'infirmières sont privilégiées au détriment d'autres.

Tableau 10

Sommaire de l'expression intersites de la DPII pour les quatre cas

	Artéfact-cas – Horaires de travail des infirmières	Artéfact-cas – Polyvalence professionnelle infirmière	Artéfact-cas – Tableau de répartition des patients	Artéfact-cas – Uniforme infirmier
État dépressif : perception de déprime; Déception; Résignation :	Il y a beaucoup de gens [...] qui quittent le métier à cause de ça, qui sont découragés pour les horaires (UII-2)	À la fin de la journée, je suis sortie de là pis je pleurais comme un bébé parce que j'me disais, tsé, ça pourrait être n'importe qui que j'aime qui est dans le lit (UII-6)	[...] travailler comme ça, c'est décevant. [...] ça créé beaucoup de frustrations entre les infirmières [...]. Y a comme pus de plaisir à travailler. Même que l'atmosphère de travail est rendue viciée (UII-9)	[...] le port de l'uniforme n'importe comment, le problème c'est que c'est devenu un conflit entre nous [...] qu'on ne peut pas régler parce qu'il n'y a rien [pas de règlements]. C'est déprimant comme milieu de travail [...] (UII-5)
État anxieux (Selon Institut Douglas, 2014) : Difficultés, conflits, contraintes menant au stress professionnel	Tsé, de se faire mettre un TSO dans le fond de la gorge, comme on dit là [...], ben voilà, t'es pris avec, faque arrange toi. Tsé, moi, j'ai une vie scolaire aussi, là, faque [...] je suis à stresser tout le temps [pour] mes cours, mes examens, mes enfants (UII-3)	Les gestionnaires croient que vous devriez être capable de travailler en médecine, en chirurgie, en neuro, en hémodialyse ou sur n'importe quelle unité, c'est tout du pareil au même [parce qu'] on a toutes les mêmes connaissances. Mais [...] ça stress parce que c'est tellement spécialisé maintenant, on met notre permis sur la table (UII-2)	J'étais toujours en temps supplémentaire à la fin de mon quart de travail faque j'étais [...] épuisée mais on me donnait pas d'autres solutions. Tsé, on se fait toujours dire ça, dans notre métier, qu'on est les seules à [...] éprouver des problèmes [qui ralentissent la dispensation des soins] (UII-1)	Les uniformes qui ne nous diffèrent pas là, ben [...] c'est comme un stress de plus parce que ça rend difficile de gérer nos patients et ça nuit aux soins. Y a d'autres unités qui n'ont pas ce problème-là (UII-2)
Irritabilité : Colère; Sentiment d'injustice; Perception de discrimination :	Si j'ai un TSO c'est que toi, en tant qu'employeur, tu n'as pas fait ton travail parce que normalement quand tu vois qu'il y a quelqu'un qui manque à l'horaire, tu te débrouilles comme tu veux, t'appelle des intérimaires de Montréal, enfin des filles d'agence de Montréal, de où tu veux. (UII-7)	Pis les « vieilles » elles, pourquoi qu'elles sont jamais déplacées? (UII-2)	[Pour les infirmières qui refusent d'aider] dès que la répartition est faite, c'est fait. Donc, pour elles : « Ma bulle c'est ma bulle. Je m'occupe des patients de ma bulle ». Les autres bulles, même si le feu pogne, ce n'est pas leur problème (UII-2).	Pis c'est pareil comme les ajouts, les touches personnelles [à l'uniforme]. Ça cause de la frustration parce que tsé, on se dit ben [si] c'est bon pour elle donc ça devrait être bon pour moi (UII-3)
Difficulté à comprendre des situations jugées incohérentes pour le soin	Mais j'ai lu qu'il y avait beaucoup d'hôpitaux qui [...] fonctionnaient à l'autosuggestion des horaires. [...]. Alors pourquoi pas chez nous? (UII-9)	OK, en me déplaçant, êtes-vous conscients que [...] c'est comme demander à une fille de pédiatrie d'aller faire de la gériatrie, là. Quand elle [AIC] m'oblige, ben moi je ne comprends pas son raisonnement (UII-6)	Pourquoi je me ramasse toujours avec les sections [...] où les patients ont des Vacs, un Pic Line, un Port-à-Cath ou une transfusion sanguine? [...] la longueur des techniques est pas possible [...] faque je comprends pas qu'elle [AIC] n'utilise pas son jugement clinique dans la répartition des patients (UII-3)	Là, je me suis comme sentie un peu perdue dans tout ce paquet [...] de vêtements au lieu d'un bel uniforme. Allez comprendre pourquoi ils acceptent n'importe quoi (UII-5)

Inspiré des dimensions de la détresse psychologique d'Ilfeld (1976)

Second niveau d'interprétation – Analyse intercas

L'analyse intercas permet d'observer la transformation de la DPII en MDPII. Lorsque soumis aux éléments structurants de la DPII, les patrons intersites provenant des deuxièmes niveaux d'analyse révèlent que la détresse psychologique vécue par les UIIs est étroitement liée à la variation des systèmes de valeurs. Ces variations donnent lieu à des conflits de valeurs récurrents, qui demeurent non résolus car justifiés au sein de l'organisation par des stratégies de justification à portée exclusive, souvent centrées sur les impératifs de gestion ou les logiques institutionnelles, au détriment des considérations professionnelles ou humaines portées par les infirmières.

L'analyse intercas se déploie en deux étapes, chacune examinée selon deux types de regard : une vision verticale qui explore les dynamiques à l'intérieur de chaque artefact-cas et une vision horizontale qui compare les situations entre les quatre artefacts-cas pour identifier les régularités et les écarts. Plus précisément, la première étape affine le détail des systèmes de valeurs adoptés par les acteurs dans les unités de soins menant à des confrontations et des situations de discorde. La seconde, à la remorque de la première, s'appesantit sur les éléments structurants du MDPII – conflit de valeurs, pouvoir disciplinaire et violence symbolique – pour en dégager une cause humaine, c'est-à-dire une constance, à l'inverse d'une cause statistique. Chacune des étapes se termine par l'énoncé d'un constat nommé mégapatron. À terme, l'analyse intercas permettra d'esquisser un portrait qui, bien que statique, informe de la présence du MDPII.

Valeurs adoptées par les acteurs

Les systèmes de valeurs adoptés par les acteurs des unités de soins des deux sites sont soumis aux analyses verticale puis horizontale qui se déclinent ainsi :

Valeurs...	Horaire	Polyvalence	Tableau	Uniforme
Rattachées à une profession réglementée	→	→	→	→
Respectueuses de l'autorité et de la vie familiale	→	→	→	→
Axées vers le bon ordre de marche des effectifs	→	→	→	→

Analyse verticale (↓) : variation des valeurs mobilisées par les UIIs qui se retrouvent au sein d'un même cas
 Analyse horizontal (→) : variation des valeurs mobilisées par les UIIs qui se retrouvent dans les quatre cas

Analyse intercas de type vertical : les valeurs au regard des UIIs des deux sites

Soutenue par l'ensemble des témoignages, cette analyse verticale met en lumière que les trois systèmes de valeurs que décrivent les UIIs se retrouvent en même temps dans chacun des cas. On y retrouve les valeurs rattachées à une profession réglementée, les valeurs centrées autour du respect de l'autorité et de la vie familiale et les valeurs axées vers le bon ordre de marche des effectifs.

Horaire-cas. Tout au long des rencontres, les UIIs mettent de l'avant que leur profession en est une réglementée à l'aide d'un permis de pratique et questionnent la rationalité des entorses faites à leurs valeurs professionnelles à propos du soin. Par exemple, elles considèrent inapproprié, pour des professionnelles de la santé, que l'établissement des horaires de travail enfreigne les clauses et ententes de leur convention collective. Les UIIs laissent de plus transparaître des valeurs centrées sur le respect de la vie familiale et sociale, notamment lorsqu'elles se disent déroutées par l'établissement des horaires qui les empêche, par exemple, d'assister à un mariage ou à un cours universitaire.

Les UIIs ont de plus perçu un troisième système de valeurs; à l'aide de diverses stratégies managériales, la gérance discrétionnaire permet un établissement des horaires au gré de ce qui est facilitant pour le milieu. Selon les UIIs, les valeurs des gens en autorité sont divisées entre deux réalités dont l'une consiste à une emprise sur les horaires pour optimiser la bonne marche de l'unité, et l'autre, à se retirer de leur responsabilité comme c'est le cas, par exemple, lorsqu'il y a refus d'activer les horaires de douze heures ou lorsqu'ils exigent des infirmières de combler elles-mêmes leurs journées de congé qu'ils leur ont refusées.

Polyvalence-cas. En regard des valeurs rattachées à une profession réglementée, les UIIs expriment la crainte de faillir à leur devoir lorsqu'elles insistent sur la dangerosité d'une IPP. Par contre, c'est dans le respect de l'autorité que les UIIs acceptent un déplacement qu'elles considèrent dangereux, tant pour leur permis de pratique que pour la sécurité des patients lesquels, selon leurs propos, pourraient être un membre de leur famille. Comme l'expliquent les UIIs, leur perception d'un bon ordre de marche des effectifs se traduit par une IPP axée sur la productivité d'un effectif infirmier pour équilibrer les équipes sur l'ensemble des unités du CISSS d'accueil.

Tableau-cas. À chaque quart de travail, les valeurs professionnelles des UIIs sont présumées secouées par un manque de collégialité ou encore lorsqu'elles se heurtent à une répartition inégale des patients qui les empêche de rencontrer leurs responsabilités professionnelles envers un soin de qualité. D'autre part, les UIIs évoquent des valeurs centrées autour du respect de l'autorité lorsqu'elles se disent déstabilisées par une gérance discrétionnaire qui permet aux AICs d'outrepasser leurs responsabilités hiérarchiques comme c'est le cas, par exemple, pour le favoritisme ou un type de communication qu'elles

qualifient de manque de savoir-vivre de la part de gens en position d'autorité. Sous des valeurs perçues comme axées vers le bon ordre de marche des effectifs, les UIIs perçoivent que le tableau de répartition des patients se transforme en un mode d'organisation du travail habilitant pour les AICs où l'assignation par numéro de chambres consécutives facilite leur surveillance et leur permet de combler les besoins dictés par les impératifs d'une unité surchargée de patients.

Uniforme-cas. Selon les UIIs, que l'uniforme ne soit pas réglementé touche les valeurs rattachées à une profession réglementée puisqu'il constitue une transgression à leur visibilité professionnelle qui ne favorise ni l'expérience de santé des patients de l'unité ni leur représentativité auprès des autres professionnels de la santé. Ces mêmes UIIs tendent de plus à supporter des valeurs centrées autour de la tradition et du conformisme en regard de la norme à adopter pour l'uniforme infirmier. Au fil de leurs témoignages, elles insistent sur l'importance qu'ont les infirmières d'accomplir leur devoir envers les patients, ce à quoi nuisent les bijoux et les vêtements en vogue ou culturels qu'elles jugent inappropriés et qu'elles associent à un besoin de se démarquer des autres ou à une préférence personnelle. Quant valeurs axées vers le bon ordre de marche des effectifs, les UIIs voient le vide réglementaire associé à l'uniforme tel un manque de prise de position des AICs mais qui est valorisé par la gestion car il facilite la productivité et optimise les coûts pour le milieu.

Analyse intercas de type horizontal : les valeurs au regard des UIIs des deux sites

Une analyse intercas de type « horizontal » pose un second regard sur les valeurs décrites à l'analyse verticale, mais cette fois découpées selon la variation des systèmes de

valeurs traversant les quatre cas. Les exemples qui suivent prennent appui sur des points de contention liés aux quatre cas, c'est-à-dire des situations contraignantes telles qu'elles se vivent au CISSS d'accueil – pensons au TSO, à l'IPP, à une répartition inégale des patients ou au manque de visibilité infirmière dans l'unité – et qui reviennent en force tout au long des témoignages des UIIs.

Confrontation menant à une situation de discorde entre deux acteurs adhérant à des systèmes de valeurs différents. Ce qui suit illustre comment une interaction s'embrouille et devient conflictuelle entre deux acteurs adhérant à des systèmes de valeurs différents. Tel que le supporte ce propos, plusieurs UIIs voient qu'il y a confrontation entre les droits des infirmières et les valeurs de performance de l'AIC qui exigent de favoriser le travail mais qui déstabilisent les valeurs d'une unité familiale et sociale :

Je voulais monter en [nom de la région] pour [le mariage de] ma sœur [...] et elle [AIC] a refusé ma demande de congé [...]. Pour boucher les trous à l'horaire, ils ne prennent jamais en considération nos droits [...] puis pas même notre vie à l'extérieur de l'hôpital [...]. Pourtant quand c'est à son [AIC] tour, elle s'en permet, hein (UII-7).

C'est aussi en fonction de leurs valeurs professionnelles que les UIIs associent l'IPP à une injustice et un rapport de force dominateur et contraignant de la part de l'AIC dont les valeurs sont perçues faire abstraction des risques et dangers, tout comme l'expriment ces UIIs :

[...] les conflits et de vouloir avoir raison, c'est très sociétal. [...]. Les gens [...] ont des droits, mais ils ont aussi des devoirs. Ici [CISSS d'accueil] les gens [AICs] retiennent qu'ils ont que des droits [mais] ils oublient qu'ils ont aussi des devoirs, des devoirs envers les patients (UII-7).

La polyvalence, ça n'a pas de [...] bon sens. Je vous donne l'exemple avec la politique. Si vous avez un politicien qui est du parti au pouvoir et que le lendemain,

parce qu'un autre politicien est malade, on l'envoie siéger [...] disons à l'opposition. Ça reste de la politique, ouais, mais comment est-ce qu'il va *dealer* [...] rester approprié? Alors [c'est] la même chose pour les infirmières. Elle est où sa logique à elle [AIC]? (UII-5).

Une fois de plus, les témoignages font foi d'un conflit lorsque les valeurs professionnelles d'une infirmière sont contraintes par ce qu'elle perçoit être des valeurs de performance de l'AIC. Les UIIs questionnent qu'une distribution faite par « bloc » de chambres soit dictée par un modèle de soins non infirmier et non en regard de la lourdeur des soins à donner, ce qu'elles jugent non sécuritaire pour les patients en plus de brimer la rigueur professionnelle des soins. Quant au vide réglementaire concernant l'uniforme, les partages l'associent à une confrontation entre les infirmières qui optent pour des valeurs traditionnelles, rattachées à l'uniforme blanc en guise d'héritage professionnel, et celles ayant adopté une liberté vestimentaire qui pourtant respecte le règlement :

Je pense que, oui, [...] je pense que l'uniforme c'est un symbolisme [...]. Puis [...] de toutes avoir un uniforme blanc, on se compare pas à la couleur [...]. Enfin quand les patients voient qu'on est habillées en blanc [...] ils savent que c'est l'infirmière (UII-8).

Y en a une qui est très populaire avec les médecins [...]. Elle porte toujours ses jeans avec un 'tit top. Mais moi j'ai fait mon cours pour être infirmière là [...] pas pour venir cruiser [séduire] sur le plancher ou jouer à la Barbie (UII-2).

À ce conflit de valeurs entre infirmières s'ajoute le mutisme de l'AIC que les UIIs considèrent comme une dérogation à un leadership responsable puisqu'il fait ombrage aux valeurs professionnelles des infirmières et aux besoins des patients. Selon les UIIs, il se pourrait même que le vide réglementaire puisse habiliter les AICs dû à une représentation indifférenciée du collectif infirmier dans l'ensemble du CISSS d'accueil sans avoir à faire une distinction entre les différentes catégories d'infirmières.

Confrontation menant à une situation de discorde entre deux acteurs adhérant au même système de valeurs. Comme l'indique ce propos sur l'importance de la famille, les modifications de dernière minute à l'horaire fomentent une compétition de valeurs entre deux infirmières qui pourtant partagent le même système de valeurs :

Ma chum et moi on a demandé le même congé [...]. C'est frustrant parce qu'en ancienneté on est au même niveau mais elle a eu le congé parce qu'elle est allée brailler au bureau de l'AIC [...] et elle [AIC] lui a donné [le congé] pour se débarrasser du problème [...]. Moi aussi j'avais une activité en famille [...] (UII-2).

D'autres témoignages font ressortir que le mode de répartition des patients, lorsque soumis à ce que les UIIs perçoivent être du favoritisme, peut induire un conflit chez deux infirmières possédant le même système de valeurs professionnelles. Pour certaines infirmières, les bulles (équipes de travail) représentent une construction rigide telle une norme qui accorde le droit de refuser l'entraide. Pour d'autres infirmières, refuser l'entraide déroge d'une des valeurs du collectif infirmier qu'est la collégialité. Cette perception d'injustice crée compétition et jalousie : « Y en a [des infirmières] qui ont le savoir puis le savoir-faire, mais qui ont oublié les cours sur le développement des attitudes professionnelles. Ça a l'air que l'esprit d'équipe, ça [...] demande trop d'effort » (UII-8).

D'autres conflits surgissent, cette fois à propos de l'uniforme. Incidemment, les UIIs expliquent que certaines questionnent la partialité d'un vide réglementaire qui ne fait qu'amplifier leur sentiment de discrimination envers des ajouts culturellement nécessaires à l'uniforme, mais qu'elles perçoivent comme relevant d'une préférence personnelle qui leur est refusée. Ce refus ne fait qu'amplifier leur sentiment de discrimination et de parti-pris entre infirmières d'une même unité. Pour d'autres UIIs, la pratique institutionnalisée,

telle qu’appliquée au cœur de leur institution, discrimine les infirmières des unités de soins généraux au regard de celles des unités dites spécialisées. Pourtant, lorsque le besoin se fait valoir et que les infirmières des unités de soins généraux sont affectées aux unités spécialisées, elles sont réputées avoir les mêmes compétences sans toutefois pouvoir se prévaloir d’un uniforme distinctif. À ce point, les UIIs contraintes insistent sur la gravité du manque de différenciation interprofessionnelle dans un lieu physique surpeuplé de patients et où les soins doivent être dispensés à la hâte mais de façon sécuritaire :

Le médecin a donné une ordonnance verbale à la préposée. Elle m’a répété à peu près [...] dans ses mots [...] ce qu’il voulait. J’ai pas pu rejoindre le médecin parce qu’il était parti sur une urgence [...] et quand il est revenu sur le département, il manquait des prises de sang et il m’a pété un plomb [dans un excès de rage, il a responsabilisé l’infirmière] (UII-8).

Variation de deux systèmes de valeurs chez une même UII lors d’une confrontation menant à une situation de discorde. Il arrive qu’un conflit de valeurs entraîne, chez une même UII, une oscillation entre deux systèmes de valeurs distincts. Prenant cette UII en exemple, le non-respect des horaires de douze heures est perçu à la fois comme une entorse aux lettres d’entente et aux documents légaux et comme portant ombrage aux valeurs liées à l’unité familiale :

Ici, [...], nos droits sont toujours mis de côté. Quand je suis allé voir l’AIC, je lui ai fait comprendre l’importance du respect de la convention collective [...] et du 12 heures. On me demande d’être altruiste et empathique pour mes patients, mais quand moi je dis que les semaines de quatre jours me donnent plus de temps avec ma famille, ben pour elle [AIC] ça n’a pas d’importance (UII-1).

Le témoignage d’une autre UII supporte l’exemple d’une oscillation entre deux systèmes de valeurs à l’intérieur d’un même cas lorsqu’elle exprime la contrainte que lui cause le vide réglementaire en lien avec le port vestimentaire. Tour à tour, elle concède

que l'uniforme traditionnel, de couleur blanche, n'est pas qu'un gage de propreté et de servabilité mais aussi la représentation du statut professionnel de l'infirmière. Malgré tout, elle accepte de se soumettre à une décision managériale devant laquelle elle s'incline :

L'uniforme y a pas que l'esprit [...] la dynamique. C'est pour le patient et les soins qu'on doit donner [...] puis la famille aussi, là. D'être reconnues par notre uniforme, ça représente que notre profession c'est sérieux [...] puis nos valeurs aussi (UII-8).

L'uniforme blanc ben [...] on peut-tu s'entendre que c'est nous [...] notre image. Une infirmière en blanc [...] le patient voit que ça fait propre. Mais si on [CISSS d'accueil] l'exige, ça prend des incitatifs [...]. Ben, là, faut accepter qu'au [nom du CISSS d'accueil] y a pas le budget (UII-8).

Variation de trois systèmes de valeurs chez une même UII lors de confrontations menant à des situations de discorde s'étalant sur l'ensemble des quatre cas. Un dernier exemple d'analyse horizontale met en lumière la mobilisation de trois systèmes de valeurs distincts par une même UII en fonction de l'artefact-cas abordé. Ce parcours illustre la complexité des tensions vécues et l'instabilité des repères normatifs dans l'environnement de travail. L'analyse débute avec l'horaire-cas, devenu pour cette UII le théâtre d'un conflit de valeurs centré sur les droits des infirmières ainsi que sur l'importance accordée à la vie familiale :

Dans l'horaire c'était bien indiqué que j'avais mes deux jours. Ben ils [AIC/TRH] m'ont tout changé ça [...] même si mon horaire était fait. Le lendemain on avait une activité planifiée avec les enfants. Ben c'est triste mais on n'a pas pu y aller, hein [...] et de voir les enfants pleurer ça crève le cœur (UII-5).

Dans les artefacts de l'horaire et de la polyvalence, les propos de cette même UII se recentrent sur des valeurs légalistes et normatives, davantage axées sur la sécurité des soins et les droits fondamentaux des infirmières et des patients :

Ça arrive que quand tu rentres en TSO, ils déplacent une autre personne de l'équipe qui elle est régulière et ils te gardent toi, [...]. Faque moi ils [AIC] m'ont offert ce supplémentaire et quand ils ont voulu la déplacer et j'ai dit « Si tu la déplaces moi j'annule mon supplémentaire à l'instant ». Ils l'ont déplacée [...] et je suis partie. Ça m'a choquée au plus haut point parce que c'est [...] non acceptable (UII-5).

[...] même avec un poste on nous déplace. Le syndicat, ils m'ont expliqué que l'employeur a les droits, mais il peut pas comme vraiment t'obliger à 100%, [...] qu'il pouvait [...] nous déplacer seulement en dernier recours s'il y a une catastrophe, un dégât chimique, un accident de la route avec beaucoup de polytraumatisés. Mais sauf que ces déplacements, peu importe la situation, [...] ça c'est jamais respecté et c'est les patients qui pâtissent (UII-5).

Enfin à travers l'uniforme-cas, cette UII témoigne d'une troisième variation de système de valeurs, oscillant entre une revendication d'identité professionnelle forte, associée au port d'un uniforme traditionnel, et une compréhension pragmatique des contraintes budgétaires de l'institution. Son propos illustre cette tension entre valeurs professionnelles et logiques gestionnaires :

C'est vrai que l'uniformisation des couleurs selon les corps de métier permettrait une reconnaissance visuelle [...]. Avec un uniforme blanc [...] on se reconnaîtrait entre nous et [...] ça faciliterait [...] de mieux servir les patients [...] tsé. Mais là [...] faut que l'hôpital fournisse les uniformes [...]. Déjà qu'on est en manque [de matériel] ben je me dis que ça demande un budget que l'hôpital n'a pas (UII-5).

Cet exemple montre comment, face à des artefacts différents, une même UII peut activer des registres de valeurs multiples, parfois contradictoires, selon le contexte vécu et les contraintes qui s'y rattachent. Il en ressort un portrait riche des tensions éthiques, identitaires et organisationnelles qui sous-tendent la DII.

Découverte d'un premier mégapatron intersites : instabilité des systèmes de valeurs

Les analyses verticale et horizontale ont mis en lumière que les systèmes de valeurs adoptés ou perçus par les acteurs des unités de soins des deux sites sont présents dans chacun des artefacts-cas et franchissent transversalement l'ensemble des cas. À partir de

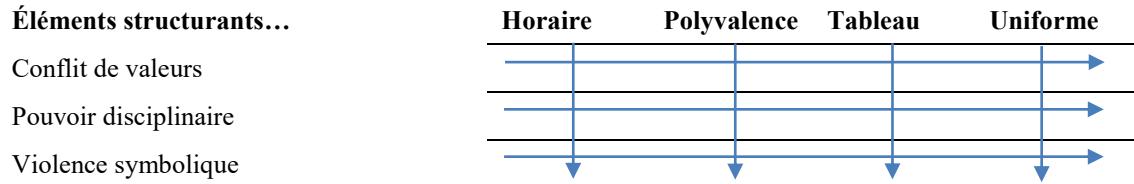
ce constat, il devient possible de dégager un premier mégapatron intersites, non pas limité à la seule variabilité des valeurs exprimées par les UIIs, mais révélateur d'une instabilité persistante des systèmes de valeurs.

Ce mégapatron met en lumière une coexistence contraignante entre différents référentiels de valeurs au sein des unités de soins, qu'ils soient issus de normes professionnelles, institutionnelles, culturelles ou managériales. Cette instabilité crée des tensions durables qui ne sont pas régulées et qui, selon les données recueillies, semblent soutenues, voire reproduites, par les éléments structurants de la DPII et de son maintien.

Ainsi, les conflits de valeurs identifiés ne sont pas simplement circonstanciels ou ponctuels : ils témoignent d'une configuration organisationnelle instable dans laquelle aucun système de valeurs ne parvient à s'imposer sans générer des effets de contrainte ou d'exclusion sur les autres. Cette instabilité constitue l'une des sources profondes de la détresse psychologique exprimée par les UIIs.

Éléments structurants du MDPII

Cette seconde partie de l'analyse intercas, également soumise aux analyses verticale puis horizontale, porte spécifiquement sur les éléments structurants du MDPII. Elle vise à mettre en lumière que l'instabilité des valeurs, identifiée précédemment, agit comme un déclencheur mais que ce sont les éléments structurants – conflits de valeurs, pouvoir disciplinaire et violence symbolique – qui en assurent la reproduction au sein des unités de soins du CISSS d'accueil :



Regard vertical (▼) : les éléments structurants du MDPII (conflit de valeurs, pouvoir disciplinaire et violence symbolique) sont présents à l'intérieur de chacun des artefacts-cas, tel qu'ilustré dans les deuxièmes niveaux d'analyse)

Regard horizontal (→) : ces mêmes éléments structurants se retrouvent dans les quatre artefacts-cas, ce qui confirme leur portée transversale au sein des unités de soins analysées

Analyse intercas de type vertical : éléments structurants du MDPII à l'intérieur de chaque cas au regard des UIIs des deux sites

L'analyse verticale, déjà couverte dans les deuxièmes niveaux d'interprétation, a permis de montrer que les éléments structurants du MDPII, soient les conflits de valeurs, le pouvoir disciplinaire et la violence symbolique, se retrouvent de manière systématique et pour les deux sites dans chacun des artefacts-cas. Puisque leur présence est déjà bien établie dans chaque cas pris isolément, la section suivante se consacre exclusivement à l'analyse de type horizontal afin d'en dégager les résonances intercas.

Analyse intercas de type horizontal : éléments structurants du MDPII dans les quatre cas au regard des UIIs des deux sites

En s'appuyant sur le mégapatron intersites d'instabilité des systèmes de valeurs mis en évidence à l'étape précédente, cette deuxième étape de l'analyse intercas met en lumière la récurrence transversale des éléments structurants du MDPII. L'objectif ici est de démontrer que les conflits de valeurs non résolus, le pouvoir disciplinaire exercé ou délégué, et la violence symbolique intériorisée ne sont pas seulement présents à l'intérieur de chaque artefact, mais se répètent et se combinent d'un artefact à l'autre, consolidant une structure organisationnelle contraignante et persistante.

Cette démonstration s'appuie sur des exemples empiriques tirés tour à tour de chacun des quatre artefacts-cas (horaire, polyvalence, tableau, uniforme), illustrant ainsi comment ces éléments traversent les contextes, se manifestent différemment selon les objets, mais produisent des effets similaires sur les UIIs en termes de détresse psychologique et d'effritement du rôle infirmier.

Conflits de valeurs : récurrence intersites et intercas de conflits non résolus menant à leur normalisation organisationnelle. À la lumière de l'ensemble des témoignages, les UIIs disent être contraintes de jongler avec des conflits laissés en souffrance, reliés aux quatre cas comme autant de foyers de confrontation entre les valeurs et exigences professionnelles des infirmières, soit la sécurité des patients et la qualité des soins et des valeurs perçues d'efficience et de productivité pour une utilisation optimale du personnel infirmier. C'est à chaque jour, à chaque quart de travail et au fil des ans que les infirmières se disent soumises à la négation des risques qu'alimentent une atteinte à leurs droits (horaire, polyvalence), aux remaniements soudains et imprévus de l'horaire de travail (horaire), aux déplacements quotidiens qualifiés de va-et-vient dangereux (polyvalence), à une surcharge de travail considérable et non sécuritaire pour les patients (tableau), à un appauvrissement de la qualité des soins lorsque soumis à un modèle d'efficience (tableau) et à la perception d'une absence de soutien malgré ce que les UIIs décrivent comme l'hétérodoxie vestimentaire et un manque de visibilité professionnelle sur les unités (uniforme). Les quelques mots de cette UII suffisent pour exprimer l'accumulation de conflits non réglés :

Euh, de venir travailler à [nom du CISSS d'accueil] [...] déjà que c'est débile la pression [...] y a en plus les conflits qui reviennent toujours [...], hein. La fatigue des gens, [...] et puis [...] les mauvais comportements de la gestion et des infirmières [...]. Il me semble qu'on est censées se respecter, non? Depuis [nombre] d'années, au travail c'est toujours l'hostilité, toujours, toujours (UII-3).

Pouvoir disciplinaire : récurrence intersites et intercas d'un assujettissement justifié par un seul principe supérieur. En réponse aux conflits de valeurs, les témoignages illustrent que le pouvoir disciplinaire ne favorise en rien une résolution constructive des conflits mais servirait plutôt à faire valoir une valeur jugée centrale par l'acteur mobilisateur du pouvoir, généralement parce qu'elle répond à ses intérêts institutionnels. Cette attitude cloisonnée, omniprésente pour l'ensemble des cas et à chaque quart de travail, ne fait que normaliser les conflits de valeurs non pas en les apaisant mais en les transformant en mécanismes d'assujettissement, ce qui alimente l'expérience de violence symbolique. Tel que formulé par les UIIs, un premier type de pouvoir disciplinaire est perçu comme émanant de l'AIC et ne serait activé que dans la mesure où il contient une promesse de productivité (norme) pour atteindre les buts de gestion. Il implique une surveillance contraignante de l'autre (surveillance hiérarchique), parfois facilitée par l'aménagement de dispositifs spatio-temporels, à la manière d'un panoptisme organisationnel. Ce contrôle s'exerce notamment à travers la composition de bulles (équipes de travail) et l'attribution de numéros de chambres consécutifs, qui permettent une surveillance continue des activités et des conduites infirmières, tel qu'observé dans le tableau-cas. Le cumul de fonctions tout autant qu'un bris de communication simplifieraient l'assujettissement des infirmières (polyvalence-cas). Le contrôle (surveillance hiérarchique) s'exécute aussi en refaçonnant les horaires de travail ou en déplaçant les

infirmières des unités de soins sur d'autres unités, parfois même spécialisées, pour équilibrer les équipes sur l'ensemble du CISSS d'accueil (horaire-cas; polyvalence-cas). Les UIIs perçoivent que l'AIC fait fi des conflits de valeurs et, en guise de solution, constraint les infirmières à se conformer à ses demandes sous peine de pénalité disciplinaire (sanction normalisatrice) pour que soit normalisé un comportement qu'elle considère associé à l'inobservation d'une règle de productivité (norme institutionnelle). Les partages mettent en évidence que régulièrement, et à chaque quart de travail, les UIIs ressentent qu'il y a cumul de ces pénalités disciplinaires, que ce soit l'indifférence des AIC/TRH pour les besoins des infirmières qui cherchent à concilier travail et responsabilités familiales/sociales (horaire-cas), le retrait des primes de travail (horaire-cas), les menaces de réprimandes pour sanctionner la résistance des infirmières à propos de déplacements considérés dangereux (polyvalence-cas) ou les menaces d'insubordination notée au dossier pour une infirmière qui questionne une charge de travail inégale entre les bulles (équipes de travail) (tableau-cas). Est aussi vécue comme une contrainte (sanction normalisatrice) par les UIIs l'absence de pénalité et la perception de manque de soutien que cause le double système de gratification/sanction, un favoritisme qui transpire des quatre cas, et où l'AIC est perçue ne valoriser que certaines infirmières au détriment des autres. Selon les témoignages des UIIs, il n'existerait pas d'encadrement ritualisé (cérémonial de l'examen) où pourrait avoir lieu un espace de discussion entre les acteurs. Cependant, le fait que les sanctions normalisatrices soient distribuées sans qu'il n'y ait eu de rencontre formelle (cérémonial de l'examen) suggère que toutes actions contraires à la volonté de l'AIC sont d'emblée considérées déviantes donc punissables : « C'est toujours comme ça. Elle [AIC]

prend même pas le temps de nous rencontrer, d'écouter [...] ce qu'on a à dire. Tu lui parles d'un problème [...] ben, paf, tu viens de perdre une prime [...] » (UII-8). D'autre part, les témoignages des UIIs suggèrent que les infirmières menacent constamment de quitter leur poste ou de démissionner, une sanction normalisatrice informelle qu'elles infligent aux AICs.

Dans un contexte de vide réglementaire (norme institutionnelle) concernant l'uniforme de travail, il y a absence de sanction disciplinaire, voire même de surveillance hiérarchique explicite de la part de l'AIC. Ce manque de balise contribue à la récurrence de conflits non résolus, car alimentés par des situations de discrimination entre infirmières ou entre unités du CISSS d'accueil, ainsi que par le manque de visibilité professionnelle lors de la dispensation de soins aux patients ou dans les interactions interprofessionnelles ou interdisciplinaires. Les UIIs interprètent cette absence de pouvoir disciplinaire et ce désengagement de la surveillance hiérarchique comme un manque de soutien de la part de l'AIC, tout en reconnaissant que les AICs elles-mêmes ne disposent d'aucun appui formel de la haute direction pour faire valoir une norme claire. C'est alors que le maintien du vide réglementaire a pour effet de reléguer l'ensemble des positions vestimentaires, qu'elles relèvent de la tradition ou de la liberté individuelle, au rang d'appréciations subjectives exposées à une surveillance hiérarchique informelle. Comme en atteste ce témoignage, les infirmières sont ainsi laissées à elles-mêmes pour défendre leur point de vue, dans un espace dénué de reconnaissance institutionnelle :

[...] c'est toujours tendu [...] dans notre métier. Y a des cliques [pour l'uniforme], chacun fait ce qu'il veut. Ben c'est sûr qu'y en a qui arrive en civil [...] puis que les patients nous reconnaissent pas. Puis si tu veux gérer ça, ben t'as rien pour te

backer. Mais pourquoi qu'on est les seuls fonctionnaires à pas avoir de règles qui standardisent les uniformes? Moi [...] mon mari travaille [nomme le corps professionnel] et son habit de travail est fourni (UII-4).

Tel que validé par les UIIs, peu importe que le pouvoir disciplinaire soit « institutionnel » ou « informel », il cache un besoin d'assujettir l'autre à ses valeurs et non de considérer le bien commun (norme universelle) ce qui fait que les moments de rupture d'ordre se maintiennent. Tel que le résument ces propos, les UIIs rencontrées associent l'assujettissement à un sentiment constant d'être dominées que crée la perception de devoir obéir même si leurs valeurs professionnelles ne sont pas respectées :

Tsé c'est difficile cette façon qu'ils [AICs] ont de faire [...]. C'est très difficile à vivre [...] de [devoir] toujours mettre le patient de côté parce que tu n'as pas le choix de faire à leur [AIC] façon. Puis finalement, [même si on se plaint à l'AIC], il se passe pas grand-chose [...] parce qu'elle [AIC] fait [...] rien (UII-7).

Violence symbolique : récurrence intersites et intercas de l'expérience vécue par les UIIs. Une expérience de violence symbolique, telle qu'exprimée par les UIIs, est observée aux deux sites et à travers les quatre artefacts-cas. Elle émerge principalement à la suite de conflits de valeurs non résolus, et est alimentée par un pouvoir disciplinaire perçu non pas comme régulateur, mais comme producteur d'actes de domination symbolique, notamment sous les formes de somatisation arbitraire, de coercition ou de division. Cette partie est résumée à l'aide de quatre exemples représentatifs, chacun ancré dans l'un des artefacts-cas analysés.

Somatisation arbitraire : présence de rapports inégaux malgré l'équité de statuts professionnels. Demander aux infirmières de constamment accepter, de façon machinale et conditionnée, que les valeurs du monde de la gestion ont préséance sur les valeurs des

infirmières à propos du soin, renforce un symbolisme d'inégalité sociale entre les professions. À titre d'exemple, le témoignage de cette UII contribue à mettre en lumière que l'uniforme devient un symbole perpétuel d'inégalité :

Faque, l'uniforme, j'pense que ça peut avoir une influence sur ton travail, oui c'est sûr [...]. Donc, l'uniforme faut qu'il soit différent [des autres travailleurs de la santé] parce ça nous représente. Ne pas être mis de l'avant [différenciation des uniformes] ça nous enlève notre place d'infirmière et ça force à nous soumettre aux ordres des autres [professions] (UII-3).

Coercition : contrainte quotidienne à des valeurs dominantes imposées par la hiérarchie. Quotidiennement, de façon répétitive et pour les quatre cas, les UIIs perçoivent devoir légitimer une hiérarchie malgré un sentiment que leur profession est dépréciée par une autre profession. Un exemple serait la minimisation des risques de la part de l'AIC pour l'IPP. Au sentiment d'une contrainte non négociable, s'ajoute la perception de n'avoir aucun recours pour contrer un déplacement auquel les UIIs n'ont pas consenti et qu'elles considèrent non équitable pour le patient. Ces témoignages d'UIIs, tirés de l'horaire-cas et de la polyvalence-cas, expriment deux facettes d'une coercition oppressive, soit due au manque de personnel dans les unités, soit due au manque de temps pour déposer un grief :

[...] hier à la fin de mon shift de jour y a une fille qui a callé off [n'est pas entré travailler] et j'ai été obligée de rester pour le quart de soir même si j'ai dit à mon AIC que je suis monoparentale et que je devais aller chercher mes enfants à la garderie. Elle m'a répondu que c'était pas son problème. Ben c'est pas possible, là, les TSO mais c'est toujours comme ça. Ben [...] on peut pas se regrouper entre infirmières parce que déjà on est très peu. Par exemple, on est seulement deux de soir, alors on n'a même pas le temps de se parler tellement qu'on travaille (UII-6).

[...] il faut faire une grille [...] à chaque fois [...] qu'il y a un déplacement sur notre département, l'inscrire, puis, exemple, à la fin du mois, aller avec tous ces déplacements obligatoires au syndicat. Mais on n'a pas le temps. Alors, c'est quoi le pouvoir qu'ils ont à faire quelque chose? (UII-2).

Division : Perception de favoritisme et logique de différenciation entre infirmières.

Les UIIs expliquent leur perception de division et de rejet, telle une constance instillée par la création de « secteurs sociaux » au sein des deux unités où existe un accès inégal pour toutes. Les UIIs disent éprouver le sentiment d'être exclues du groupe des favorisées et où la praxis devient un contexte de travail discriminatoire. Cet exemple, fourni par une UII, décrit comment le favoritisme est devenu une constance d'injustice et même de rejet pour le tableau-cas :

C'est toujours un problème [...] ici [site 1] ou [site 2] pour avoir de l'aide d'une fille [...] c'est sûr que les gens qui refusent d'aider devraient être rencontrés et [...] puis rappelés peut-être à l'ordre, mais [...] j'ai pas vu vraiment où du personnel [infirmières] est sanctionné parce qu'ils ont refusé d'aller aider dans une autre bulle. Ça fait qu'on travaille toujours divisées à cause de celles qui sont sous les préférences de la boss [AIC] (UII-9).

Découverte d'un second mégapatron intersites : perception d'oppression professionnelle des UIIs

Dans le prolongement du premier mégapatron, soit l'instabilité des systèmes de valeurs, les analyses verticale et horizontale ont permis de mettre en évidence la fonction structurante des éléments de la DPII. Les situations de discorde vécues par les UIIIs s'y transforment en conflits de valeurs non résolus, reconduits de manière répétée par un pouvoir disciplinaire à portée exclusive, c'est-à-dire exercé au détriment de tout compromis ou de relativisation des normes présentes. Ce mécanisme perpétue, chez les UIIs, une expérience de violence symbolique enracinée dans une interaction cyclique et inextricable, qui vient fonder et alimenter la DPII sous sa forme persistante, soit son maintien (MDPII). En somme, les témoignages recueillis laissent entendre que le fondement même de cette détresse qui perdure (MDPII) réside dans une perception

d'oppression professionnelle, dans laquelle s'articulent, et se renforcent, les trois éléments structurants du MDPII : conflits de valeurs, pouvoir disciplinaire et violence symbolique. Pour cette raison, ce second mégapatron intersites met l'accent sur la perception d'oppression professionnelle vécue par les UIIs comme modalité explicative centrale du MDPII.

Portrait global du MDPII

L'ensemble des analyses converge vers l'expression d'une détresse psychologique institutionnalisée en interaction constante avec quatre contextes structurels intimement liés à la praxis des infirmières et présents à chaque quart de travail. À cette récurrence s'ajoute, selon les UIIs, un caractère ininterrompu. Au fil des heures, à chaque quart de travail et de façon quotidienne, les infirmières sont confrontées à une surcharge de travail persistante engendrée par une répartition inégale des patients, laquelle est amplifiée par le manque de visibilité professionnelle causé par l'hétérogénéité des uniformes, par la dangerosité des impositions professionnelles ainsi qu'aux pénalités associées aux TSO ou aux refus de congé. Tel qu'en atteste l'analyse intercas, cette expérience s'ancre dans une accumulation de formes de violence symbolique où les éléments structurants du MDPII se superposent et se renforcent. Il en résulte ce que les UIIs décrivent comme une « expérience par-dessus expérience de violence symbolique », signalant une récurrence soutenue et normalisée de la DPII dont l'itérativité marque le passage à sa forme maintenue, soit le MDPII.

État dépressif intersites et intercas

Un état dépressif transparaît des témoignages des UIIs des deux sites et pour les quatre cas quand elles décrivent que la déception et la déprime gravitent autour de requêtes

d'infirmières déboutées, de rapports inégaux, de la coercition vécue quand il y a imposition d'une polyvalence répétitive et fortuite ou d'une répartition des patients sans égard à la lourdeur des soins à dispenser. Plusieurs UIIs ont souligné que leur découragement, attribuable à la perte de plaisir à travailler ressentie à chaque quart de travail, se mesure à des sentiments de partialité et d'injustice qu'occasionne le favoritisme dont leur semble faire preuve l'AIC pour l'ensemble des cas. À cette perception de prise de position préférentielle, de la part d'un acteur en position d'autorité qui privilégie d'accorder des faveurs à certaines infirmières au détriment des autres, se greffe une dissension à l'intérieur du groupe d'infirmières qui affecte de façon quotidienne les UIIs pour les quatre cas : difficulté de conciliation travail/famille, danger des déplacements, manque d'entraide et visibilité infirmière mitigée lorsque comparée aux unités dites spécialisées. Les UIIs rencontrées n'ont cessé d'exprimer que le cumul et le maintien de ces contraintes, à chaque quart de travail, contribue à leur découragement :

J'étais passionnée par ce que je fais, j'adorais ça. Je ne sais pas pourquoi ça a toujours été [...] dans moi. J'aime l'humain, j'aime travailler avec les gens. Mais depuis « X » [plus de dix ans] j'ai des moments de découragement à force que ce n'est plus possible là avec toutes les injustices [dans l'unité de soins]. À quoi ça sert de s'efforcer toujours [...] je ne sais pas moi [...] (UII-6).

De sentir qu'on n'a pas de liberté professionnelle [...] puis que ça fait un impact sur le moral des infirmières [...] parce que ça créé des mésententes, des oppositions entre les collègues et avec la gestion [AIC]. T'es découragée juste de rentrer travailler [...] (UII-8).

Ce n'est pas tous les jours drôle hein [...] parce qu'on travaille avec la douleur, la mort, les prises en charge de ci puis de ça [...] et les situations psychologiques importantes. Mais de faire la différence, tsé [chez un patient] ça c'est important. Pas les entourloupettes des gestionnaires [AICs] que tout ce qu'ils veulent c'est de faire fitter les chiffres. L'être humain, à mon sens, c'est [...] une machine fascinante [...] sauf que pour eux [AICs], c'est que ça, une machine (UII-5).

Pour l'ensemble des UIIs, au favoritisme perçu s'ajoute une perception de prédominance du droit de gérance et une minimisation des risques ce qui constitue, à leurs yeux, une source majeure de déception professionnelle et de découragement. Ce désengagement perçu de la part de la gestion, particulièrement en lien avec des pratiques dangereuses ou non équitables, est vécu comme un facteur de détresse psychologique, notamment parce qu'il expose à des situations où la sécurité du patient et de l'infirmière elle-même est compromise. Les UIIs reconnaissent que la normalisation des conflits de valeurs, souvent laissés en suspens et jamais résolus, les prédispose à une forme de désillusion, voire à une perte de sens du rôle infirmier, comme en témoigne cette UII : « [...] question soins, des fois je me dis que tu [le patient] serais mieux d'aller [te faire soigner] ailleurs [...] » (UII-1).

[...] c'est décourageant notre profession et parfois t'as comme le goût d'abandonner mais [...] tu restes pour le patient [...] sinon tu quitterais le travail. Tu sais pas à quoi t'attendre [...] ou si une des filles [infirmières] va craquer (UII-9).

État anxieux intersites et intercas

L'anxiété exprimée par les UIIs semble découler d'un sentiment d'impasse, d'une perte de confiance et d'un désenchantement professionnel face à des situations répétées dans lesquelles elles ont l'impression de ne pas avoir de marge de manœuvre. Cette anxiété se manifeste, selon les cas, par une variété de préoccupations : un désarroi face à l'usage de solutions improvisées pour pallier le manque de personnel (horaire-cas); une crainte de mettre en danger la sécurité des patients en raison de déplacements non maîtrisés (polyvalence-cas); un stress relationnel causé par un manque d'entraide entre collègues et exacerbé par le favoritisme perçu (tableau-cas); une tension continue liée à l'absence de

normes vestimentaires, vécue comme un obstacle à la reconnaissance professionnelle (uniforme-cas). Ces expériences, bien qu'ancrées dans des contextes différents, convergent vers une forme commune de stress professionnel, tel que le résument ces témoignages :

[...] si on parle du décorum en général, je dirais que c'est impossible de nous différencier. Ça fait que la prise en charge du patient [...] ben c'est rendu compliqué, là [...]. Mais la cheffe [AIC] n'a pas l'air de voir ça de même. Et nous on est là, ben [...] toujours pris entre les deux [AIC/patients]. Ça fait des journées difficiles (UII-9).

Puis [...] à se faire trimbaler comme ça, c'est comme si on n'avait pas de reconnaissance. C'est décourageant à la fin. Donc finalement, il faut se débrouiller seule et « eux » [AIC/TRH] ne font rien [...] et on est dans l'impossibilité de changer quoi que ce soit (UII-9).

Les UIIs disent aussi vivre stress et tensions attribuables aux contraintes professionnelles qu'elles rencontrent à chaque quart de travail. À maintes reprises, les UIIs ont souligné la tension ressentie alors qu'elles se disent dans l'impossibilité de trouver un terrain d'entente en présence de la gérance discrétionnaire et du non-respect de leurs droits et responsabilités professionnelles. Ce témoignage, empli de l'inquiétude et du stress que causent les contraintes liées aux artefacts-cas, résume ces sentiments :

Des fois, c'est juste pas possible, y a des demandes irréalisables là. Vraiment ils [AICs] exagèrent. Le climat de travail [...] l'attitude avec le personnel, le manque de collaboration puis de pas savoir c'est qui la volante avec qui tu travailles [...]. Donc t'accumules [...] t'es toujours sous pression et zéro reconnaissance avec ça. Puis là, paf, on t'oblige un TSO par-dessus tout ça. Ça a un impact sur ma valorisation professionnelle et personnelle, mais aussi sur ma famille (UII-1).

Irritabilité intersites et intercas

Une autre dimension de la détresse psychologique vécue par les UIIs se manifeste à travers une irritabilité constante, marquée par des épisodes récurrents de colère et d'exaspération, qui prévalent pour l'ensemble des quatre artefacts-cas. Cette dimension

affective est évoquée dans plusieurs témoignages et semble alimentée par des situations perçues comme injustes ou imposées sans possibilité de recours. Parmi les sources identifiées, les UIIs mentionnent : la colère due à l'imposition d'un TSO, l'exaspération quand les horaires de douze heures leur sont refusées, le ressentiment devant l'obligation de se débrouiller pour trouver une jumelle ou encore la frustration qu'entraîne une perception de favoritisme sans oublier l'irritabilité que leur causent les bulles (équipes de travail) ainsi que le mécontentement ressenti pour le libre arbitre vestimentaire et culturel. Cette accumulation de contraintes sans médiation renforce un climat émotionnel tendu, où le sentiment d'être constamment confrontées à une norme imposée alimente le désengagement et la défiance, comme l'expriment ces UIIs : « Ici, à [sites 1 et 2] on te fait vite comprendre que ça passe ou ça casse. That's it » (UII-1).

Ça a l'air que notre profession ben [...] c'est insuffisant [...] qu'il faut toujours dépendre des autres. C'est enrageant de voir qu'on profite de nous mais [...] qu'on nous donne jamais rien en retour. Si on est si bonne que ça, ben pourquoi qu'on [AIC] nous écoute pas. [Nom d'une amie] est waitress [serveuse dans un restaurant]. Elle gagne plus que moi et ses conditions de travail sont meilleures. Y en a beaucoup [des infirmières] qui sont parties à cause de toutes les injustices (UII-3).

Les UIIs expriment de plus un ressentiment envers l'AIC lorsqu'un modèle non infirmier de performance contraint l'infirmière à déroger de sa responsabilité professionnelle tout en la gardant imputable des soins à dispenser même si leur nombre et leur intensité dépassent ses capacités. Ce propos résume ce ressentiment :

Donc là quand ton équipe est si lourde [...] tu dis non, je ne partirai même pas en pause là, c'est trop dangereux pour le patient. Imagine qu'il arrive un accident, ben ça va être moi qui écope, tsé. [...] mais elle [AIC] ça ben l'air que ça la dérange pas que je sois dans le trouble (UII-4).

Incompréhension intersites et intercas d'une consigne liée au contexte des soins

Une autre dimension de la détresse psychologique exprimée par les UIIs concerne une incompréhension persistante à l'égard de certaines décisions managériales ou organisationnelles, notamment lorsqu'elles estiment que ces consignes sont opaques, injustifiées ou contraignent leur jugement professionnel, tout en mettant en péril la qualité et la sécurité des soins. Plusieurs UIIs soulignent une absence d'explication ou de justification à propos de situations de travail qui heurtent leurs valeurs cliniques et professionnelles. Cela inclut, entre autres, une gérance des horaires jugée inintelligible sans cohérence apparente avec les réalités du terrain; une dissonance entre l'exigence de rigueur clinique et l'imposition de la polyvalence perçue comme un simple mécanisme de remplacement face à la pénurie de personnel tel que l'explique cette UII : « [...] penser que les infirmières doivent être polyvalentes sur toutes sortes de département, ben c'est complètement utopique » (UII-7). Pour l'ensemble des UIIs rencontrées, il y a aussi la confusion ressentie à propos d'une répartition inégale des patients, dont la logique reste floue malgré ses effets sur la charge de travail, ainsi qu'une indifférence managériale envers l'impact du vide réglementaire entourant l'uniforme, alors que celui-ci puisse nuire, selon elles, à la dispensation de soins de qualité. Ce témoignage d'une UII résume un sentiment général chez les infirmières où la perte d'autonomie professionnelle et l'imposition de décisions gestionnaires déconnectées du soin accentuent un sentiment de déshumanisation du travail infirmier :

...] quand j'étais plus jeune [...], nos patients, on les avait pour des semaines et des semaines. [...] là, c'est plus du tout le même contexte [...] c'est rendu du travail à la chaîne. Mais ça reste que c'est des êtres humains qui sont dans les lits alors

expliquez-moi pourquoi on les déshumanise, tsé, quand tout ce que l'AIC te dit c'est d'aller voir la plaie surinfectée dans le [numéro de chambre] (UII-4).

Ce témoignage, comme plusieurs autres, traduit une incompréhension profonde des logiques décisionnelles, vécues comme une atteinte à la dignité professionnelle et à la cohérence éthique du rôle infirmier.

Troisième niveau d'interprétation : projecteur sur le mécanisme au cœur du MDPII

Les analyses intercas ont permis de faire émerger deux mégapatrons fondamentaux au cœur du MDPII : l'instabilité des systèmes de valeurs et la perception d'oppression professionnelle. Ce troisième niveau d'interprétation propose d'aller au-delà du constat, en approfondissant la compréhension des dynamiques sous-jacentes qui participent à l'ancrage et à la normalisation du MDPII. L'objectif de ce troisième niveau est d'affiner l'analyse de l'instabilité des systèmes de valeurs, en mettant en évidence les mécanismes qui en assurent la persistance. Pour ce faire, deux étapes méthodologiques sont proposées :

1) cartographier les systèmes de valeurs mobilisés par les acteurs dans chacun des artefacts-cas, afin de repérer les tensions, chevauchements et oppositions entre ces référentiels axiologiques, et; 2) mobiliser l'appareil de justification axiologique pour faire ressortir la complexité des mécanismes sous-jacents au MDPII lorsque les acteurs mobilisent des systèmes de valeurs divergents et tentent de faire valoir leur position dans un espace de négociation souvent asymétrique. Cette démarche vise à exposer la manière dont la coexistence difficile de ces valeurs conjuguée à l'exercice du pouvoir disciplinaire et à l'action silencieuse de la violence symbolique, contribue à l'ancrage progressif du MDPII. La section se termine par une mise en évidence du processus de normalisation du

MDPII, suivi d'une réduction inceptive, laquelle permettra d'identifier un mécanisme central unique à l'origine du phénomène étudié soit celui du MDPII.

Cartographie des systèmes de valeurs

Tel que présenté au chapitre trois dans le cadre de l'ACÉPSI, les systèmes de valeurs identifiés dans les discours des UIIs s'ancrent dans trois des six mondes de la justification conceptualisés par Boltanski et Thévenot (1991, 2022) : les mondes civique, domestique et industriel. À titre de rappel, le monde civique renvoie aux valeurs d'un collectif structuré et réglementé où priment l'égalité, la solidarité et la reconnaissance de l'intérêt général. Le monde domestique valorise la tradition, la loyauté, l'ancienneté et la hiérarchie. Le monde industriel, pour sa part, repose sur des valeurs d'efficience, de performance et de productivité, souvent invoquées dans les discours managériaux et les logiques d'organisation du travail. Cette première étape d'analyse met en évidence que les valeurs mobilisées par les UIIs, pour justifier leurs actions, exprimer leurs désaccords ou interpréter les situations de travail, s'enracinent dans au moins un de ces trois régimes de justification. À la fin de cette section se trouve un sommaire de cette diversité axiologique.

Premier système de valeurs auquel se réfèrent les UIIs : affinité avec le monde civique

Lorsque les UIIs affirment appartenir à une profession réglementée et détenir un permis de pratique, elles laissent transparaître des valeurs de solidarité, de légalité et de reconnaissance institutionnelle, lesquelles s'inscrivent au monde civique tel que conceptualisé par Boltanski et Thévenot. Dans ce régime de justification, le principe supérieur commun est la prééminence du collectif et l'idéal de justice repose sur la capacité des acteurs à contribuer à un bien commun régulé.

Dans cette perspective, la légitimité d'un comportement — qu'il soit celui d'une infirmière ou de l'AIC — dépend de sa capacité à renforcer l'unité du groupe et à favoriser une dynamique d'interdépendance professionnelle. Ainsi, une infirmière considérée comme grande dans le monde civique est celle qui incarne cette valeur noble de solidarité collective, en cohérence avec l'éthique d'un système professionnalisé. À l'inverse, la valeur odieuse dans ce monde est représentée par l'individualisme, la division, ou toute posture qui compromet la cohésion du collectif. Une infirmière perçue comme petite dans ce monde est celle qui agit à rebours de l'intérêt commun, fragilisant ainsi la représentation civique de la profession.

Dans leurs interactions, les UIIs mobilisent différents capitaux ou objets justificatifs pour légitimer leur position axiologique. Parmi ceux-ci, on retrouve la revendication de droits liés à un poste régulier, ou encore la demande d'une visibilité professionnelle explicite par le biais d'un uniforme distinctif. Ces éléments s'inscrivent dans ce que Boltanski et Thévenot nomment le répertoire des objets et dispositifs du monde civique, lesquels permettent de situer l'action dans un cadre de référence fondé sur l'égalité de traitement et la reconnaissance du rôle collectif.

Second système de valeurs auquel se réfèrent les UIIs : affinité avec le monde domestique

Les témoignages des UIIs laissent également transparaître une adhésion à un système de valeurs fondé sur la tradition, la loyauté et la hiérarchie, ce qui les situe en affinité avec le monde domestique tel que décrit par Boltanski et Thévenot. Dans ce régime de justification, le principe supérieur commun repose sur le respect de l'ordre établi, où la

place de chacun dans la hiérarchie est déterminée par l'ancienneté, la familiarité, la stabilité et la confiance. La reconnaissance du patron comme figure d'autorité légitime (ici, l'AIC) est au cœur de ce système de valeurs. La vision du monde domestique par les UIIs est ici alignée avec une valorisation de la vie familiale et sociale, de la politesse dans l'interaction et du devoir accompli dans la discréction et la loyauté.

L'infirmière considérée comme vertueuse dans un collectif ancré dans le monde domestique est celle qui respecte les codes relationnels : elle manifeste de la bienveillance, de la déférence envers l'AIC et évite toute forme d'éclat ou d'individualisme. Cette posture incarne un état de grandeur au sein d'un ordre hiérarchique vécu comme naturel et structurant. À l'opposé, l'infirmière qui attire l'attention sur elle, par exemple en portant un uniforme orné de bijoux, ou qui remet en question les décisions de l'AIC, est perçue comme transgressant les normes implicites du rang : elle incarne alors l'inconvenant, celui ou celle qui déroge à sa place et compromet l'harmonie hiérarchique, état de petit dans ce monde.

Les moyens de justification utilisés par les UIIs adhérant aux valeurs du monde domestique, pour soutenir leur position axiologique dans les interactions, sont variés. Ils comprennent notamment une reconnaissance explicite du rôle de l'AIC, traduite par un respect silencieux ou une confiance accordée par loyauté, mais aussi par une mise en avant de leurs obligations familiales et sociales, perçues comme relevant d'un ordre moral plus large. Ces éléments correspondent aux objets et dispositifs caractéristiques du monde domestique, tels que décrits dans le répertoire de Boltanski et Thévenot.

Troisième système de valeurs tel que perçu par les UIIs : affinité au monde industriel

Un troisième système de valeurs a pu être dégagé à partir du point de vue des UIIs concernant les valeurs perçues comme étant privilégiées par les AICs. Lorsque les UIIs observent que les AICs cherchent avant tout à maintenir l'ordre de marche de l'unité et à optimiser la répartition du personnel, les UIIs interprètent cette posture comme ancrée dans les valeurs d'efficacité, de rendement et de fonctionnalité. Ces valeurs correspondent au principe supérieur commun du monde industriel.

Dans cette logique, les UIIs perçoivent que leur travail est envisagé par les AICs sous un angle productiviste où chaque infirmière devient une ressource mobilisable, assimilable à une unité de production, devant répondre à des critères d'efficience, de rapidité et de conformité opérationnelle. Le rôle infirmier y est réduit à une fonction standardisée au service d'une organisation du travail centrée sur la délivrabilité des soins.

Dans le monde industriel, une infirmière est jugée vertueuse lorsqu'elle est fiable, performante et autonome dans l'exécution de ses tâches; elle incarne ainsi un état de grand industriel. À l'inverse, la subjectivité, le favoritisme ou l'irrégularité dans la gestion sont perçus comme des entraves à la performance et sont associés à un état de petit industriel, car porteurs d'inefficacité et de désordre organisationnel. Selon les UIIs, certaines AICs incarnent un leadership ambivalent, oscillant entre un positionnement de « grande » dans le monde industriel — en raison de leur volonté d'assurer une organisation rigoureuse — et une posture de « petite », lorsqu'elles recourent à des pratiques discrétionnaires ou inéquitables (p. ex. : favoritisme).

Toujours selon les UIIs, l'AIC justifie ses actions dans ce monde par l'usage de capitaux typiques du répertoire industriel, tels que des stratégies de planification, des outils de contrôle, ou des dispositifs de standardisation spatiale et temporelle des soins. Ce répertoire d'objets et de dispositifs est mobilisé pour légitimer une posture gestionnaire centrée sur l'efficience, souvent au détriment des autres régimes d'action.

En appui de l'interprétation de ces trois systèmes de valeurs, le Tableau 11 offre une mise en relation entre des extraits de verbatim des UIIs et les trois régimes d'action issus du modèle de Boltanski et Thévenot.

Mécanismes sous-jacents au MDPII

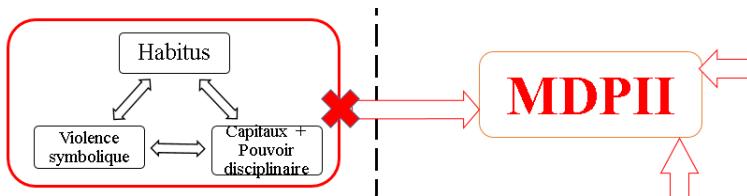
Cette section, porte sur une série d'épisodes relatés par les UIIs, centrés sur des perceptions de conflits, afin d'analyser les mécanismes à l'œuvre dans les interactions perçues comme conflictuelles. Ces situations sont abordées sous l'angle de l'instabilité des systèmes de valeurs, telles que théorisées par les auteurs-clés mobilisés dans le cadre de cette recherche. L'analyse repose sur l'appareil de justification axiologique où se croisent les notions d'habitus, de capitaux mobilisés à travers l'exercice du pouvoir disciplinaire et de violence symbolique. Ces concepts permettent de saisir comment des conflits de valeurs non résolus se transforment en dispositifs de maintien de la DPII et contribuent à leur normalisation dans le quotidien professionnel des UIIs. La Figure 6 présente une vision éclatée de ces dynamiques. S'appuyant sur les deux mégapatrons dégagés à la fin de l'analyse intercas, les exemples proposés ici couvrent un éventail de litiges et de

Tableau 11

Rapprochement entre les propos des UIIs et les régimes d'action de Boltanski et Thévenot (1991, 2022)

Régime d'action	Monde civique			Monde domestique			Monde industriel	
	UIIs	Descriptifs expérientiels	UIIs	Descriptifs expérientiels	AICs	Descriptifs expérientiels		
<i>Principe supérieur commun</i>	Prééminence du collectif	Les gestionnaires [AIC] croient que vous devriez [...] travailler [...] sur n'importe quelle unité [...] (UII-2).	Tradition et hiérarchie	[...] pour l'uniforme, je suis un peu vieux jeu-là. Tsé-là pas de vernis, pas de bijoux [...] (UII-3).	Efficacité, performance, fonction	Mais [...] moi ça me fâche parce qu'on n'est là [que] par utilité (UII-6).		
	Démocratie de l'institution	Quand on [...] ne fournit pas un vêtement de travail [...] à son employé, y a au moins une participation financière [...] (UII-6).	Interdépendance familiale	[...] de temps en temps on a vraiment besoin d'une journée, parce qu'on a tous des obligations [familiales] (UII-9).	Système où chaque être a sa fonction	[...] me faire dire que parce que je suis bonne pour faire des techniques, ben ma job est bien au-delà de faire des techniques (UII-1).		
<i>Etat de grand (infirmière vertueuse)</i>	Démocratie. Unitaire, légal, représentativité du patient	J'ai entendu une conversation : « On va démissionner tous en masse, [...] ». Alors [...] imaginez-vous [...] (UII-6).	Distingué, bienveillant, franc, fidèle, poli	[...] de venir travailler à [nom du CISSS d'accueil] [...] c'est débile la pression [...] on est censées se respecter, non? (UII-3).	Fiabilité fonctionnel -le	Les gestionnaires, ils [...] ne gèrent que [...] sur leurs heures de travail, et même là! [...] (UII-8).		
<i>Etat de petit (infirmière inconvenante)</i>	Ce qui est odieux, Division, individualisme, manque de solidarité	[...] je me vois mal dire à ma collègue « Dis donc, tes ongles sont trop longs ». Elle me dirait « Dis donc, t'es pas ma mère. [...] Dégage ». Elle m'enverrait promener (UII-2).	Impoli, vulgaire (bijoux, couleurs), traître	[...] y a une infirmière [...] habillée en blanc, [...] qui avait les cheveux lousses [...] puis [...] les gros bijoux là (UII-8).	Inefficace, improductif	[...] tu ne mets pas quelqu'un en TSO sur [...] un arrêt de travail prévu y a belle lurette [...] tu te débrouilles comme tu veux [...] mais tu respectes la convention [...] (UII-7).		
<i>Répertoire des objets</i>	Droits, législations	Même si on a un poste régulier, on nous envoie pareil [sur une unité spécialisée] mais sans formation (UII-5).	Titres hiérarchiques, patrimoine	Je pense que c'est au niveau du gestionnaire qu'il faut qu'il fasse l'intervention [...] avec le voile (UII-7).	Stratégies, objectifs	Elle [AIC] te change ça comme ça: « Ah ben finalement t'auras plus M. X [...] je vais te donner M. Y dans le 50 ». C'est sans respect pour mon évaluation du patient (UII-2).		
<i>Répertoire des dispositifs</i>	Équipement/ matériel pour visibilité légale	D'être tous pareils [...] ça crée des conflits. Le gars d'entretien m'a déjà dit de ramasser mes poubelles en trop (UII-1).	Politesse, étiquette, savoir-vivre	Je n'ai pas le choix qu'ils disent [...]. Je veux bien rendre service [...] mais quand la manière [la politesse] est là (UII-4).	Standardisation spatiale et temporelle	La direction [AIC] a tendance à faire tourner les services [...] de la même manière quand on est 4 que quand on est 2 (UII-3).		

Figure 6
Vision éclatée de l'appareil de justification axiologique



disputes⁸ rapportés par les UIIs. Chaque interaction conflictuelle est analysée à partir de son ancrage axiologique, afin de révéler les mécanismes de justification mobilisés par les acteurs impliqués. Un épisode plus complexe sera également exploré, illustrant le passage d'une UII d'un système de valeurs à un autre, révélant ainsi la plasticité axiologique et les tensions internes vécues dans le cadre de la pratique.

Afin d'alléger la lecture, les acronymes UII-D, UII-C et UII-I seront utilisés pour représenter, au besoin, le système de valeurs auquel se réfèrent les UIIs selon qu'il s'agisse respectivement du monde domestique (D), civique (C) ou industriel (I). D'autres acronymes, tels qu'UII-C¹ et UII-C², signaleront les cas où un litige oppose deux infirmières adhérant à un même mode de justification, par exemple le monde civique. Enfin, chaque épisode d'interaction sera clôturé par une synthèse schématique du mécanisme en cause, qui prendra appui sur l'un des exemples analysés pour illustrer concrètement la manière dont le MDPII se manifeste et se maintient dans le quotidien des UIIs.

⁸ Au troisième niveau, le terme général « situation de discorde » est remplacé par les mots litige et dispute (Boltanski et Thévenot, 1991, 2022) pour distinguer les épisodes avec plus de précision.

Conflits de valeurs entre deux UIIs d'un même monde : les litiges

Les épisodes qui suivent, rapportés par des UIIs, illustrent deux formes d'interactions perçues comme étant marquées par un litige à l'intérieur d'un même monde. Dans les deux cas, les infirmières impliquées se réfèrent au même système de valeurs, en l'occurrence celui du monde civique, mais interprètent différemment une même situation ce qui donne lieu à une dispute axiologique. Le premier épisode met en lumière une perception d'un manque de solidarité, tandis que le deuxième soulève un sentiment d'injustice.

Premier épisode : perception d'un manque de solidarité. Ce premier exemple est tiré du tableau-cas et sert à illustrer une forme de DPII induite par la perception de favoritisme dans un contexte où deux UIIs, appartenant au monde civique, se confrontent à une répartition inégale des patients perçue comme rompant avec le principe de justice collective propre à ce monde de justification.

Perception d'une répartition inégale des patients. Bien que les épisodes relatés lors des entrevues mettent en scène une UII-C¹ et UII-C², toutes deux mobilisant des valeurs issues du monde civique, un litige émerge lorsqu'UII-C¹ exprime le sentiment d'être désavantagée par une répartition inégale des patients entre sa bulle (équipe de travail) et celle de l'UII-C² :

Mais, disons que souvent la charge de travail est inégale [...] d'une bulle à l'autre. En tout cas, moi, je l'ai vécu à plusieurs reprises [...] que ce soit à l'hôpital de [site 1] ou à l'hôpital de [site 2] (UII-2).

Tsé, y a une équipe que ça peut être juste [...] dix cas connaux [faciles] qui attendent [...] des places en CHSLD. Faqu'on va dire que c'est de la garderie. Tsé l'infirmière qui a pas beaucoup de soins versus l'autre ben [...] qui a trois post-op, [...] trois pansements VAC [sorte de pansement] [...] des soins à n'en pu finir [...] et des antibiotiques en veux-tu en v'la. Faque toi, tu cours comme une folle (UII-1).

Habitus. Issu de leur habitus, appliqué à la sphère professionnelle, les UIIs concernées mobilisent un principe supérieur commun enraciné dans des valeurs de justice, de solidarité professionnelle et de reddition de soins équitables aux patients. Ces valeurs, caractéristiques du monde civique, impliquent une conception du rôle infirmier comme étant inscrite dans un collectif réglementé, où la coopération entre collègues est attendue, particulièrement dans les situations de surcharge ou de déséquilibre organisationnel. Dans cette perspective, l'état de grand correspond à l'infirmière qui adhère aux valeurs du monde civique, notamment en soutenant une répartition démocratique et équitable des patients selon leur niveau de soins requis. Or, les témoignages recueillis suggèrent que ce critère n'est pas respecté.

Les propos des UIIs rencontrées positionnent l'UII-C² dans un état de petit, au sein du monde civique, en raison d'un comportement perçu comme individualiste et déviant des attentes collectives. Cette posture est jugée incompatible avec la vertu attendue dans ce monde, soit la promotion de l'intérêt commun et l'importance de la santé des patients. La rupture du lien de solidarité est ainsi vécue par l'UII-C¹ comme une transgression du principe supérieur commun, générant inconfort et tension morale, comme l'illustre ce témoignage : « Je ne peux pas croire que les filles ne voudront pas aider, qui vont laisser comme des équipes dans le trouble comme ça là, tsé » (UII-8).

[...] moi-même je me suis retrouvée mal dans une bulle (équipe de travail), pas nécessairement à cause du nombre de patients mais c'est à cause de la lourdeur de la tâche [...] qu'on doit donner aux patients. Et, bon, si je demande du support à mes collègues, ouais. Enfin. Disons qu'on est mieux d'oublier ça (UII-4).

Et y en a qui se disent mais, bon, moi c'est ma bulle [...]. Et puis, bon, c'est tout : ils s'occupent juste de leur bulle. On ne pense pas solidarité. Tout dernièrement,

un patient sonnait et j'ai demandé si elle pouvait aller répondre [...]. Elle a dit non, que c'est pas dans sa bulle (UII-2).

Capitaux. Toujours guidée par son habitus, et dans un contexte où les deux UIIs-C ne semblent pas partager le même état de grand – c'est-à-dire un engagement commun envers la solidarité et la responsabilité collective dans les soins aux patients – l'UII-C¹ mobilise un capital, soit un objet justificateur issu du répertoire des objets et dispositifs du monde civique, pour revendiquer le soutien auquel elle estime avoir droit dans l'exécution des soins professionnels que requièrent les patients. Ce capital, conforme aux attentes du monde civique, repose sur la démonstration qu'elle n'est pas en mesure d'assurer seule les soins requis par les patients en raison de leur complexité ou de leur lourdeur clinique. Les extraits suivants illustrent la mise en récit de cette mobilisation :

Quand [...] ils te voient courir pour aller chercher des choses, et [...] y a aussi un patient qui a arraché son VAC et que je fais « Non, ça va pas, j'ai besoin d'aide ». Ben y [autres infirmières] viendront pas parce qu'y disent qu'ils n'ont pas à tout ramasser ces cas-là (UII-4).

Faque [...] on peut avoir des patients qui sont plus lourds, [...] qui demandent plus de soins ou [...] des changements de pansement qui sont plus longs tsé, ou des gavages ou des choses comme ça tsé ou qui sont moins stables, c'est des transfusions, des albumines. Mais quand l'autre infirmière refuse de t'aider, c'est le patient qui écope parce que toute seule tu peux pas (UII-8).

Les capitaux servent à justifier la position axiologique de l'UII-C¹ et, conséquemment, rappeler à l'ordre l'UII-C² au regard du système de valeurs du monde civique qu'elles partagent toutes les deux. Cette mise en tension passe par l'activation d'un pouvoir disciplinaire informel, qui vise à corriger un écart perçu par rapport au principe supérieur commun. Dans cette perspective, les intérêts individualistes de l'UII-C² sont perçus comme inconvenants dans le cadre du monde civique, une forme d'état de petit qui, aux

yeux de l'UII-C¹, porte entrave à la qualité des soins et affaiblit la cohésion du collectif infirmier.

Pouvoir disciplinaire informel. Dans ce contexte de litige, où les intérêts personnels de l'UII-C² sont perçus comme allant à l'encontre du principe de solidarité professionnelle, l'UII-C¹ mobilise un pouvoir disciplinaire informel fondé sur sa conformité aux valeurs professionnelles du monde civique. En se positionnant comme actrice légitime de la hiérarchie symbolique de l'unité, l'UII-C¹ exerce une forme de surveillance hiérarchique horizontale, quoiqu'informelle, cherchant à rappeler implicitement à l'ordre l'infirmière défaillante. Elle laisse entrevoir les conséquences collectives d'un comportement jugé individualiste, notamment pour les patients et leurs familles :

Ce qui n'aide pas, c'est sûr [...] il y a des cliques d'infirmières et qu'on va toujours se chequer entre nous puis ça fait que l'autre infirmière à qui je demande de l'aide [...] elle viendra pas m'aider même si elle n'a pas de soins. Ben tsé, c'est les patients puis les familles qui en souffrent là (UII-3).

Dans un renversement discursif intéressant, la sanction normalisatrice ne provient pas uniquement de l'UII-C¹, mais est revendiquée par l'UII-C² qui s'appuie sur l'existence d'une règle organisationnelle, ici la répartition des bulles (équipes de travail), pour justifier son refus d'aider. Cette dernière affirme ainsi avoir bel et bien respecté la consigne, positionnant son comportement comme conforme à la norme institutionnelle (objet axiologique). Toutefois, selon l'UII-C¹, cette justification est instrumentalisée à des fins personnelles, ce qui la relègue à un état de petit dans le monde civique, en opposition à la solidarité élargie attendue dans une unité de soins :

Sur 10 patients, notre équipe a eu [...] 7 isos pis l'autre équipe en a eu juste 2 [...] Quand on s'est plaint, c'est l'autre équipe qui chialait : « Ouais, ben quoi?

Arrangez-vous! ». À un moment donné, [...] Je pense que ça devrait être juste pour tout le monde, là, tsé (UII-1).

Quant au cérémonial de l'examen, habituellement attendu pour encadrer la régulation d'un conflit, il semble ici avoir été remplacé par une résignation réfléchie de la part de l'UII-C¹ qui reconnaît l'impossibilité de forcer une entraide non désirée. Cette prise de conscience vient clore l'exercice du pouvoir disciplinaire informel par une acceptation du statu quo, révélant l'impuissance ressentie face à des normes implicites non partagées :

Le manque d'entraide, ce n'est pas quelque chose qu'on peut gérer vraiment. Si quelqu'un ne veut pas aider l'autre, ben il n'aidera jamais. Il s'arrangera toujours pour [...] faire semblant de travailler au pire, mais il ne viendra pas t'aider (UII-7).

Deuxième épisode : sentiment d'injustice. Dans ce deuxième épisode de litige, le mécanisme analysé concerne une situation au cours de laquelle une UII adhérant aux valeurs du monde civique, exprime le sentiment d'être privée de ses droits. Cet exemple, tiré de l'uniforme-cas, illustre les tensions générées par l'absence de règle formelle encadrant la tenue vestimentaire dans l'unité de soins.

Tension générée par l'absence de règle formelle. Le litige met en scène deux infirmières issues de confessions religieuses différentes. L'UII-C¹ considère qu'elle se conforme à une règle implicite, mais constate que l'UII-C² semble bénéficier d'un traitement différent, en vertu d'un droit protégé par la loi. Le désaccord ne porte pas sur le vêtement religieux en tant que tel, mais sur l'inégalité perçue dans l'application des normes, dans un contexte institutionnel marqué par un vide réglementaire.

Dans ce mécanisme, le litige repose sur une interprétation divergente d'une norme perçue comme floue ou inexistante. D'une part, l'accompagnement raisonnable, prévu par

la législation québécoise, garantit le droit au port du voile à l'UII-C². D'autre part, le refus opposé à l'UII-C¹ de porter un chapeau, qu'elle associe à une expression de sa propre liberté vestimentaire, est vécu comme un déni de droit, d'autant plus que le CISSS d'accueil ne possède aucune directive explicite à ce sujet. Ainsi, pour l'UII-C¹, le sentiment d'injustice ne réside pas dans le port du voile par sa collègue, mais bien dans la perception d'un avantage unilatéral accordé à l'UII-C², au détriment de sa propre capacité à exercer une liberté équivalente. Le litige devient dès lors une dispute axiologique sur le principe de justice appliqué de manière inégale, dans un contexte où l'absence de règles formelles laisse place à des interprétations subjectives et potentiellement discriminatoires.

Habitus. Tout comme l'épisode précédent, les témoignages recueillis révèlent que l'habitus des deux UII-C s'enracine dans les valeurs du monde civique, lesquelles reposent sur un principe supérieur commun de justice, d'égalité et de reconnaissance mutuelle. Ces valeurs s'inscrivent dans une conception du vivre-ensemble institutionnel où la légitimité des comportements repose sur leur conformité à un idéal démocratique partagé. Toutefois, une atteinte perçue aux valeurs fondamentales de l'UII-C¹ surgit lorsque celle-ci constate que l'UII-C² bénéficie de la possibilité d'ajouter un voile à son uniforme infirmier, conformément à la législation québécoise sur les accommodements raisonnables et à l'absence de règlement formel au sein du CISSS d'accueil, tandis qu'elle-même se voit refuser la latitude de porter un simple chapeau chirurgical. Dans cette configuration, l'ajout du voile, bien que légitime juridiquement, est perçu par l'UII-C¹ comme un traitement différencié, rattaché à une logique particulière, qui déséquilibre l'univers symbolique partagé. Ce geste, interprété comme une application asymétrique du droit, relègue l'UII-

C¹ dans un état de petit au sein du monde civique, dans la mesure où ses revendications liées à une égalité de traitement sont écartées au profit d'une reconnaissance perçue comme exclusive. Selon l'UII-C¹, une telle situation discrimine une valeur centrale de son habitus, l'égalité, et remet en question la cohérence morale de l'institution. Ce témoignage illustre cette tension :

Une fois, y a une infirmière [...] typiquement Québécoise qui s'est mis un petit chapeau de chirurgie, ben [...] le coordonnateur, il l'a fait enlever. Elle a répondu : Mais pourquoi « elle », elle a le droit de garder son voile, mais moi je n'ai pas droit au petit chapeau? Tsé que ça, ça crée des frustrations, pis de la discrimination, [...] (UII-2).

Capitaux. Au sentiment initial de discrimination s'ajoute, pour l'UII-C¹, une incompréhension croissante quant à la distinction entre les ajouts culturellement ou religieusement nécessaires à l'uniforme et ceux qu'elle considère comme des préférences personnelles, dont elle se voit privée. Cette absence de règles formelles génère une zone grise interprétative dans laquelle le vide réglementaire devient un terrain propice à la dispute axiologique. Afin de justifier sa position dans le cadre du litige, l'UII-C¹ mobilise une série de capitaux issus du répertoire des objets du monde civique, mais requalifiés dans une tentative de hiérarchisation des valeurs et des pratiques vestimentaires. Ces capitaux prennent ici la forme d'une objectivation critique du voile, perçu comme un symbole d'exemption injustifiée, voire comme une entorse aux normes implicites d'égalité vestimentaire au sein du groupe professionnel : « Est-ce que plus on cache le corps, plus on est heureux? » (UII-7). Au-delà du jugement axiologique, l'UII-C¹ tente également de légitimer sa position par des considérations liées à la sécurité des soins, en associant le voile à un risque professionnel non encadré, ce qui transforme l'objet en un dispositif

nuisible dans le contexte clinique : « Ça veut dire qu'un voile sur la tête toute la journée [ce n'est pas hygiénique] parce qu'un uniforme, quand on rentre dans des chambres d'iso, on le protège avec une blouse, mais un voile, on le protège pas » (UII-4).

Ces propos traduisent une tentative de requalification du capital vestimentaire de l'UII-C² comme étant incompatible avec les principes de rigueur et d'universalité du soin, selon les valeurs du monde civique telles qu'interprétées par l'UII-C¹. Ils révèlent aussi un déséquilibre dans les possibilités d'expression identitaire, perçu comme une injustice institutionnalisée en l'absence de balises communes.

Pouvoir disciplinaire informel. Ce que l'UII-C¹ perçoit comme de la discrimination affectant un noyau central de son habitus, c'est-à-dire ses valeurs fondamentales liées à la justice et à l'égalité de traitement, suscite, selon ses propos, le besoin de recourir à un pouvoir disciplinaire informel. Cette mobilisation prend la forme d'une surveillance hiérarchique horizontale, par laquelle elle blâme non pas l'UII-C² elle-même, mais ce qu'elle qualifie de partialité du vide réglementaire, accentuée par une interprétation perçue comme indulgente des lois québécoises en matière d'accommodement religieux. L'UII-C¹ exprime ainsi une critique à double fond : d'une part, elle conteste la permissivité institutionnelle envers l'expression religieuse et, d'autre part, elle dénonce l'absence de latitude équivalente pour des choix vestimentaires qu'elle considère personnels, mais légitimes. La perception d'un traitement différentiel selon la confession religieuse alimente un ressentiment axé sur l'iniquité, comme l'illustre ce témoignage :

Tsé, c'est supposé être égal pour tout le monde, mais ce n'est pas ça qui se passe malheureusement. Ben, je vais te dire que je suis musulmane [même si elle ne l'est

pas], pis j'veais avoir le droit de mettre un chapeau sur ma tête, tsé, pour travailler (UII-2).

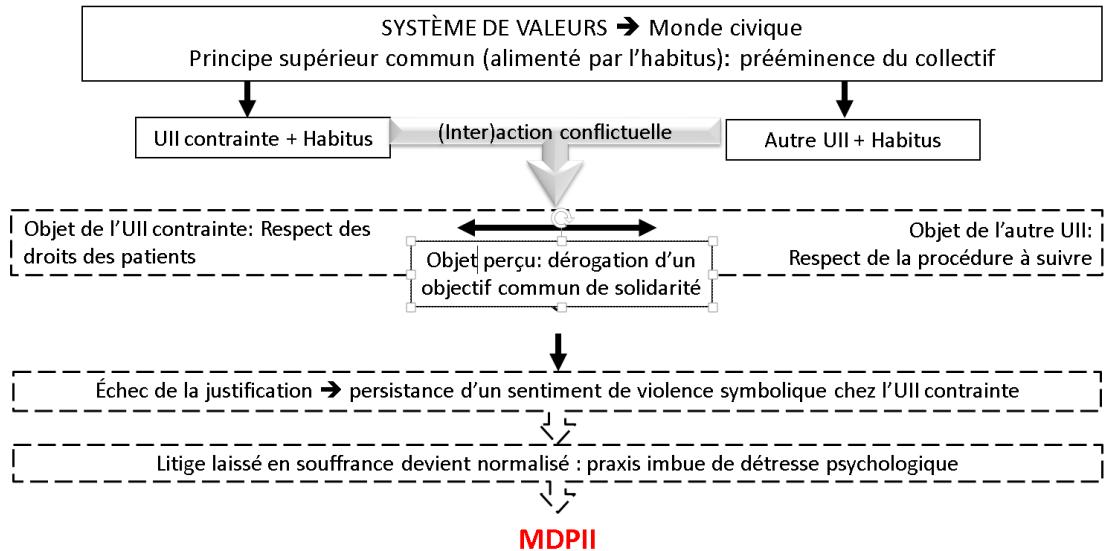
D'autre part, les témoignages des UIIs indiquent également que des sanctions normalisatrices informelles circulent entre infirmières, notamment sous forme de propos désobligeants ou d'ostracisme, visant à punir symboliquement celle qui est perçue comme favorisée par le système. Dans ce cas, l'UII-C² devient la cible d'un jugement collectif, où la liberté vestimentaire devient prétexte à une mise à distance :

Imaginez-vous qu'elle est arrivée avec des pantalons [...] puis une grande jupe longue par-dessus, son voile, des manches longues. [...] dehors y faisait chaud « comme ça » [chaleur intense]. Ben nous, on était plus capables de se retenir [de rire] (UII-6).

Animée par son habitus et les valeurs du monde civique, l'UII-C¹ construit alors une lecture normative de la situation qu'elle traduit en un cérémonial de l'examen informel. Elle utilise sa propre expérience pour qualifier l'UII-C² comme symbole d'un dysfonctionnement institutionnel, où le vide réglementaire devient lui-même une norme à sanctionner :

Ben, j'avoue que tout l'enguirlandage c'est un petit peu plus choquant pour nous [...] qui venons [nom du continent] par exemple, parce que chez nous, c'est interdit hein. Mais ici, avec toutes les sortes d'uniformes selon la culture [...] ben l'équipe, la bulle pis la dynamique de travail, tsé, en prennent un coup tsé. [...] l'employeur devrait normaliser tout ça, l'uniforme [...] mettons, et punir quand ça déroge (UII-7).

En résumé des litiges. La Figure 7 propose une schématisation des litiges à partir de l'épisode intitulé « Perception d'une répartition inégale des patients », issu de la situation plus large portant sur la « perception du manque de solidarité ». Dans ce cas précis, l'UII¹ et l'UII² adhèrent au même système de valeurs, à savoir celui du monde civique. Ainsi, le conflit ne s'enracine pas dans une opposition entre des états de grand, comme ce serait le

Figure 7*Perception de manque de solidarité : litige*

cas si les actrices s'inscrivaient dans des mondes axiologiques différents, mais plutôt dans une dispute autour d'un objet commun, soit la manière dont certaines dispositions ou pratiques sont mobilisées dans l'action. Le litige se situe donc au niveau du répertoire des objets et des dispositifs : les deux infirmières partagent les mêmes référents axiologiques, mais divergent quant à l'interprétation ou l'application de ces objets dans la pratique. Cette configuration met en lumière la fragilité de la cohésion professionnelle, même au sein d'un collectif animé par des valeurs communes, lorsque les normes implicites ne font pas l'objet d'un consensus opérationnel clair.

Conflits de valeur entre deux UIIs issues de mondes différents : les disputes

Le mécanisme au cœur du MDPII est illustré ici à travers deux épisodes extraits des propos des participants. Un premier est issu de l'uniforme-cas et un second, de la polyvalence-cas.

Hétérogénéité de l'uniforme et représentation du professionnalisme infirmier.

Lorsque la collectivité infirmière regroupe des UIIs dont les valeurs s'enracinent dans des mondes axiologiques distincts, en l'occurrence le monde civique et le monde domestique, des principes supérieurs communs divergents peuvent entraîner des tensions. Ce choc de référents produit une dispute centrée ici sur l'uniforme traditionnel, perçu différemment selon la logique de justification propre à chacun des mondes. L'interaction conflictuelle ne porte pas uniquement sur le vêtement en tant que dispositif, mais aussi en tant qu'objet parce qu'il symbolise au regard du professionnalisme infirmier.

Perception du professionnalisme. Lorsqu'une divergence émerge autour de la perception du professionnalisme, une interaction conflictuelle peut se développer entre deux UIIs adhérant à des mondes axiologiques différents. Dans cet exemple, une incompréhension des valeurs rattachées à l'habitus de l'UII-C, par l'UII-D, donne lieu à une dispute comme en témoigne ce propos : « Ben moi, ça me dérange. Mes valeurs sont différentes de celles qui portent des leggings » (UII-1).

Habitus. Du point de vue de l'UII-C, l'habitus se rattache au monde domestique, où prévaut une conception traditionnelle et hiérarchisée du rôle infirmier. La tenue vestimentaire, en ce sens, incarne un symbole d'ordre et de respectabilité, conforme à une image professionnelle normative. Le vêtement de travail devient ainsi l'expression tangible d'un comportement vertueux, associé à l'état de grand dans le monde domestique, comme le formule cette infirmière :

Moi j'ai gradué en [décennie passée] mais je suis encore [...] by-the-book sur certains principes, ben l'uniforme là. À chaque fois que je vois quelqu'un qui n'a pas son uniforme [...] je suis comme, hop-pelai le décorum. [...] tsé, le décorum,

c'est un uniforme blanc, les cheveux attachés, pas de bijoux [...] pas de cheveux qui traînent dans le visage faque j'ai eu un peu de la misère avec [...] certaines collègues. Moi j'ai toujours porté mon uniforme correctement (UII-8).

À l'inverse, les propos attribués à l'UII-C indiquent une adhérence aux valeurs du monde civique, dans lequel la liberté de choix vestimentaire, autorisée par le vide réglementaire, constitue une manifestation du droit individuel dans un cadre démocratique. Ce principe supérieur commun, fondé sur l'égalité des droits et l'autonomie professionnelle, légitime son apparence au travail même si celui-ci s'éloigne des codes traditionnels. Or, cette divergence crée une dispute axiologique, où l'UII-D juge la liberté vestimentaire de l'UII-C comme déviant des normes symboliques du professionnalisme infirmier, au profit de ce qu'elle perçoit comme une singularisation inconvenante, typique de l'état de petit dans le monde domestique :

Oui, oui faque l'uniforme est symbolique. [...] dès que on a conçu la [...] profession infirmière, on s'est fait identifier avec un uniforme blanc et avec une coiffe. Dans d'autres pays c'est encore comme ça. [...] c'est peut-être ancien mais c'est mieux que de s'habiller avec n'importe quoi pour flasher (UII-5).

Y a une infirmière qui était habillé en blanc mais qui avait les cheveux lousses avec le collier qui pendait jusqu'au nombril puis [...] avec tous les gros bijoux là. Faque je suis comme okay, ouais. C'est la même chose pour les boucles d'oreilles, tsé [...] assez grosses [...] on ne porte pas ça non plus tsé (UII-8).

En soutien à son propre système de valeurs, l'UII-D ne perçoit pas l'attitude de l'UII-C comme une conformité au règlement, mais plutôt comme une atteinte morale à la profession infirmière. Cette objectivation de la tenue vestimentaire est articulée autour d'un idéal de service et de respect envers le patient, typique du monde domestique :

Disons qu'on est là pour soigner une personne. C'est sûr qu'il faut être en habit approprié et [...] respecter [...] notre rôle, notre métier. C'est important. Ben l'uniforme blanc c'est mon respect à la profession. [...] puis mon uniforme sera

toujours frais pour aller donner les soins aux patients. Tous les jours, il sera changé (UII-4).

Capitaux. Il se crée chez l'UII-D un inconfort lorsque sa valeur centrale, soit le port d'un uniforme traditionnel témoin de respectabilité et de reconnaissance professionnelle, est ébranlée par la posture vestimentaire de l'UII-C fondée sur une adhésion au vide réglementaire autorisant le libre choix. Cette liberté, ancrée dans les valeurs du monde civique, est perçue par l'UII-D comme dominante et déstabilisante, car elle fragilise les repères normatifs issus de son propre habitus.

Les deux UIIs ne partagent ni la même logique de l'état de grand, ni les mêmes répertoires de justification. L'UII-D mobilise des capitaux spécifiques au monde domestique pour soutenir sa position axiologique. Ces capitaux, dérivés du répertoire des objets et dispositifs, prennent la forme d'un savoir-vivre professionnel fondé sur la tradition, d'une image respectueuse de l'infirmière dévouée et d'un souci de salubrité rattaché à la sphère familiale, révélant l'interdépendance entre rôle professionnel et rôle domestique. Ces propos illustrent cette posture :

Faque quelqu'un [patients, familles et employés] te voit en uniforme blanc, ils savent que c'est une infirmière. Donc je pense que si on avait des uniformes de reconnaissance [...] en fonction des types de professions, ce serait plus facile à gérer pour nos patients (UII-9).

S'habiller en civil ce n'est pas hygiénique. Moi je trouve que [...] ramener un uniforme de travail [...] quand on est plein de germes, là, de partout, [...] de ramener ça chez soi, ça veut dire mettre ton uniforme tout sale dans la machine à laver dans laquelle tu mets tes bobettes, [...] et celles de tes enfants [...] (UII-7).

À travers ces capitaux, l'UII-D cherche à réaffirmer une norme symbolique du professionnalisme, fondée sur la visibilité, la propreté et la prévisibilité, en opposition

à l'individualisation de la tenue permise par le monde civique, qu'elle perçoit comme un facteur de dilution de l'identité infirmière.

Pouvoir disciplinaire informel. Lorsque l'UII-D décide de confronter directement l'UII-C, elle déploie un pouvoir disciplinaire informel à visée individuelle, ancré dans son habitus rattaché au monde domestique. Par le biais d'une surveillance hiérarchique non institutionnalisée, l'UII-D mobilise des repères normatifs issus de la tradition pour condamner le libre choix vestimentaire comme un comportement déviant des standards universellement acceptés, selon sa perspective :

Mais si vous voyez au niveau mondial, [...] la liberté d'uniforme n'est pas tant répandue que ça en [nom du continent]. Y a qu'ici que les professionnels [...], les staffs infirmières, portent des couleurs, toutes sortes de couleurs, ou bien n'importe quoi je dirais (UII-5).

Même si elle se perçoit elle-même comme victime du vide réglementaire, l'UII-D considère que le vêtement de travail de l'UII-C constitue une atteinte à l'éthique professionnelle et à la dignité de la profession infirmière. L'écart entre le comportement observable et la norme implicite issue de son système de valeurs l'amène à formuler un blâme explicite, une forme de sanction normalisatrice informelle, en adressant une critique morale, à la fois sur le style vestimentaire et sur la vocation professionnelle :

Aller travailler en legging avec [...] juste [...] le dessus d'infirmière [...]. Non. Ça ne se fait pas. Y faut rester professionnelles [...]. Le patient te voit arriver habillée n'importe comment. [...] Moi, le manque dans le port de l'uniforme ça me choque. [...] Y a beaucoup de frustration qui sont en lien avec ce qui est porté. Si vous n'aimez pas être infirmière, si ce n'est pas votre vocation, allez-vous-en (UII-4).

Un cérémonial de l'examen, bien que non ritualisé, émerge à travers une prise de position normative visant à réaffirmer l'idéal d'uniformité et de visibilité professionnelle,

typique du monde domestique : « Moi je trouve que le symbole plutôt, ce serait [...] si on avait tous le même uniforme blanc. Ben, [...] on se reconnaîtrait entre nous par exemple » (UII-6). L'UII-D pousse plus loin la confrontation en adressant directement à l'UII-C un rappel à l'ordre vestimentaire, fondé non pas sur un règlement formel, mais sur le respect d'un système de valeurs implicites, auquel elle estime que toute infirmière devrait adhérer :

Tsé, [tu fais] la remarque « Qu'est-ce que tu fais en legging? C'est pas un habit de travail c'est un uniforme qu'il faut que tu portes, tsé. Un legging ça fait pas partie [...] d'un uniforme là » [...]. Mais le monde [UIIs-C] quand j'ai fait ces commentaires-là [ils répondent] : « Ah ben c'est ça mon habit de travail » (UII-8).

À travers cette dynamique, le pouvoir disciplinaire informel opéré par l'UII-D devient un levier de normalisation, visant à rétablir l'ordre symbolique et identitaire du collectif infirmier, selon les valeurs qu'elle juge légitimes.

Imposition d'une polyvalence professionnelle. Tel que décrit au début de cette section, les UIIs perçoivent que les interactions managériales menées par les AICs sont sous-tendues par des valeurs du monde industriel, orientées vers la performance et la standardisation. Cette dissonance axiologique, entre les valeurs perçues des AICs (monde industriel) et celles incarnées par les UIIs (rattachées aux mondes domestique ou civique, voir Tableau 11) alimente les disputes fréquentes, dont l'IPP en est un bel exemple.

Habitus. Selon les UIIs, l'IPP entre en contradiction directe avec le principe supérieur commun du monde civique, fondé sur la légalité, la transparence et le respect des ententes collectives. L'habitus, selon une perspective professionnelle infirmière, valorise l'appartenance à un collectif réglementé, dans lequel les règles de pratique sont considérées comme les garantes de la qualité des soins et du bien-être du personnel.

À l'inverse, les UIIs rencontrées estiment que l'AIC, motivée par des valeurs d'efficience et de productivité, conçoit l'organisation du travail selon une logique fonctionnaliste : chaque infirmière est perçue comme un rouage interchangeable du système, devant être mobilisé en fonction des besoins opérationnels, indépendamment de l'expertise ou de la volonté individuelle. Cette lecture s'aligne sur le monde industriel, où l'état de grand repose sur la capacité à assurer le rendement optimal. Ce clivage axiologique suscite un sentiment d'injustice et une expérience de marginalisation professionnelle pour les UIIs, comme en témoigne ce propos : « Euh, je vous avoue que, ben bien avant les arrêtés ministériels là, la gestion fait un petit peu n'importe quoi de nous [...]. Puis on y va beaucoup sur le droit de gestion hein » (UII-3).

Capitaux. Selon les perceptions exprimées par les UIIs, l'AIC mobiliseraient des valeurs axées sur la performance et l'efficience, caractéristiques du monde industriel, en se référant à des capitaux liés à la productivité. Cette orientation se traduirait, dans la pratique, par l'imposition d'une polyvalence professionnelle, perçue comme prévalente sur les dispositions prévues à la convention collective, laquelle constitue pour les UIIs un capital central du monde civique. Celle-ci stipule notamment que les déplacements doivent se faire sur des unités similaires et dans le respect des compétences professionnelles. Face à ce qu'elles considèrent comme une dérogation au principe supérieur commun du monde civique, les UIIs s'appuient sur leurs propres capitaux justificatifs, issus du répertoire des objets et des dispositifs de ce monde, pour réaffirmer la primauté d'un soin de qualité et la légalité des encadrements professionnels. En premier lieu, les UIIs évoquent la valeur

normative des règlements et des lettres d'ententes, censées leur garantir des droits en matière d'affectation :

T'sais, t'as un temps complet, mettons en médecine chirurgie, [...]. La convention te dit que t'as un poste. Eh bien non. Donc la convention c'est une illusion? Oui, en fait ce qui est écrit à la convention collective [...] ça ne reflète pas ce que les gestionnaires et les coordonnateurs [...] font (UII-1).

En second lieu, elles invoquent leur permis de pratique comme un dispositif légitimant leur ancrage professionnel dans une unité spécifique, au-delà de la simple exécution technique. Ce capital symbolique ancré dans leur identité infirmière est mobilisé pour s'opposer à leur instrumentalisation comme personnel interchangeable :

Ben ça me fâche quand on me dit que j'ai les connaissances pour tout partout! Ce que vous me dites là, ça me fâche parce qu'y a pas juste les techniques qui sont importantes. Y a [...] l'équipe avec qui je travaille, [...] la continuité de soins, [tout ça] c'est important. [...] faque moi, me faire dire que parce que je suis une technicienne, puis que je suis capable de faire des techniques, ben ma job est bien au-delà de faire des techniques (UII-9).

À travers ces capitaux, les UIIs cherchent à réaffirmer leur statut professionnel, leur légitimité clinique et la portée éthique de leurs fonctions, en opposition à une lecture managériale du rôle infirmier réduite à sa fonctionnalité.

Pouvoir disciplinaire informel. Lorsqu'un écart est perçu entre les pratiques managériales et le principe supérieur commun du monde civique, c'est-à-dire le respect des droits de la collectivité d'infirmières et la sécurité du patient, certaines UIIs adoptent une posture de résistance éthique. Dans un contexte de dispute, elles mobilisent un pouvoir disciplinaire informel pour dénoncer ce qu'elles considèrent comme une tentative d'assujettissement du collectif infirmier par l'AIC. Cette forme de contestation prend appui sur leur statut professionnel et sur leur expérience clinique, qu'elles jugent leur conférer

une légitimité pour évaluer et surveiller la conduite du gestionnaire, notamment lorsqu'il s'agit d'impositions de polyvalences non conformes :

Avec mes années que je travaille comme infirmière, ben je pense que je sais que la cardiologie c'est vraiment spécifique. Y a des protocoles spécifiques, [...] y a plein de choses spécifiques, donc il faut vraiment une formation ou une orientation. Puis en hémodialyse, ben, c'est pareil, [...] donc [...] c'est juste impossible quoi. [...] Mais ça l'arrange [l'AIC] qu'on soit capable partout (UII-5).

Soutenant une conception du soin fondée sur la qualité et la sécurité (valeurs du monde civique), certaines assument une position dans l'état de grand en opposant à la logique du monde industriel une critique directe. Leur résistance prend la forme d'une sanction normalisatrice, adressée à l'AIC perçue comme contrevenant aux principes de prudence professionnelle : « [...] quand c'est arrivé plusieurs fois [ne pas avoir été avisée à l'avance d'un déplacement], je suis allée voir directement la gestionnaire [...] puis je lui ai rappelé son travail » (UII-7).

Oui, ouain, mouain, on a essayé de me changer [...]. On a essayé de [...] m'envoyer ailleurs, que c'était pas mon département attitré. Puis, quand c'est arrivé quelques fois tsé, j'ai un caractère assez bouillant, faque [...] j'ai vraiment interpellé mon gestionnaire [AIC] pour lui demander s'il savait ce qu'il faisait (UII-9).

Dans ce contexte, le cérémonial de l'examen informel s'exprime dans une prise de parole structurée, visant à qualifier la conduite de l'AIC à la lumière des valeurs de sécurité, de stabilité et de professionnalisme que l'UII considère comme fondamentales au sein du collectif infirmier :

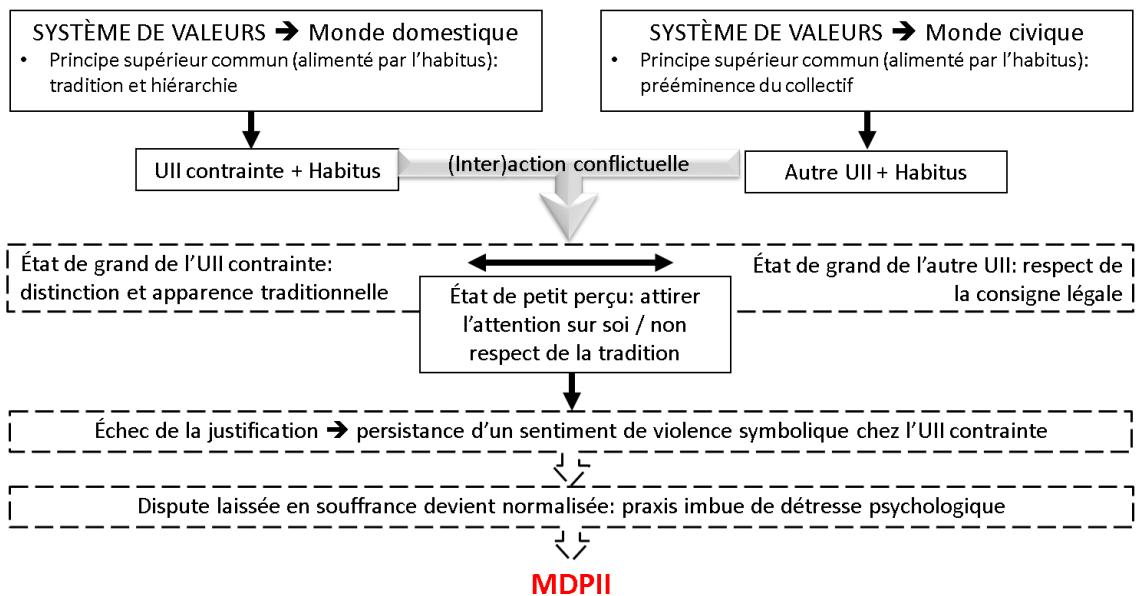
Puis un moment donné [...] j'ai fait le commentaire à ma gestionnaire [AIC] tsé quand t'as une nouvelle qui arrive, mettons, tu devrais essayer de la stabiliser à quelque part le premier mois ou les deux, trois premiers mois. Tu arrives, c'est sa troisième semaine toute seule à la nouvelle, puis là tu la déstabilises en l'envoyant en cardio. À un moment donné c'est parce que c'est pas encourageant pour garder nos nouvelles là, tsé, mais surtout que c'est dangereux pour nos patients (UII-8)

Ainsi, dans leur usage informel du pouvoir disciplinaire, les UIIs requalifient l'action managériale comme déviant, non seulement à l'égard des conventions collectives, mais aussi au regard des valeurs constitutives de leur éthique professionnelle.

En résumé des disputes. Dans les épisodes de disputes, les systèmes de valeurs mobilisés par les acteurs diffèrent, tout comme leurs principes supérieurs communs de référence. L'interaction conflictuelle qui en résulte prend la forme d'une confrontation axiologique, où l'actrice (UII ou AIC) engagée dans une logique de justification perçue comme légitime (état de grand) identifie chez l'autre une déviation qu'elle associe à un état de petit. Cette dynamique est observable tant dans les disputes entourant l'uniforme infirmier que dans l'imposition de la polyvalence professionnelle (IPP). Dans les deux cas, la divergence entre les mondes de valeurs, qu'ils soient civique, domestique ou industriel, alimente la tension et empêche l'émergence d'un compromis commun. La Figure 8 illustre de manière schématique cette logique de dispute à partir d'un épisode représentatif portant sur l'uniforme infirmier. Les mêmes mécanismes d'habitus, de capitaux, de surveillance hiérarchique et de sanctions normalisatrices s'appliquent pour l'IPP.

Pluralité de systèmes de valeurs chez une UII

Certaines situations témoignent de la mobilisation successive ou simultanée de plusieurs systèmes de valeurs par une même UII. Deux types de pluralité sont observables : d'une part, une pluralité verticale, lorsque l'UII passe d'un système de valeurs à un autre au cours du récit concernant un même artefact et, d'autre part, une pluralité horizontale, lorsque des systèmes de valeurs distincts sont activés selon l'artefact en cause.

Figure 8*Représentation du professionnalisme: dispute***Pluralité verticale dans un même cas : passage d'un système de valeurs à un autre**

au fil du récit. Dans certains récits d'interactions conflictuelles, l'habitus d'une UII l'oriente d'abord vers l'adoption des valeurs du monde civique, axées sur la légalité, la protection des droits collectifs et la sécurité des soins. Toutefois, au fil de l'échange, cette même UII peut basculer vers un registre justificateur du monde domestique centré sur les valeurs de respect, de hiérarchie et de conciliation entre vie professionnelle et obligations personnelles. C'est notamment le cas dans les témoignages portant sur l'établissement des horaires de travail, où le discours infirmer met de l'avant, dans un premier temps, le droit à une planification équitable du temps, fondée sur la convention collective (monde civique), puis glisse vers une revendication d'ajustement respectueux de la vie familiale et sociale (monde domestique). Ce changement de registre illustre une tension vécue entre la

défense des droits collectifs et la préservation d'un équilibre personnel, perçues comme deux exigences incompatibles, mais simultanément légitimes.

Horaires de travail, droits et planification du temps. Lorsqu'elles sont soumises à une gérance discrétionnaire de la confection des horaires de travail, les UIIs rapportent que les modifications imprévues et récurrentes rendent difficile une planification de leur temps, tout en contrevenant, selon elles, aux droits établis dans la convention collective.

Habitus. Les propos recueillis témoignent d'une mobilisation simultanée de deux systèmes de valeurs chez certaines UIIs. D'une part, leur habitus les oriente vers le monde civique, dont la réalité est la justice organisationnelle et le principe supérieur commun est la participation démocratique à la vie institutionnelle. Dans ce cadre, les droits collectifs liés à la gestion des horaires sont présentés comme un capital légitime, et l'engagement dans une action collective (moyens de pression, revendications syndicales) comme un comportement vertueux associé à l'état de grand : « C'est sûr que les infirmières, faut faire des moyens de pression, du moins pour en venir à un compromis pour la création des horaires » (UII-9).

D'autre part, ces mêmes UIIs activent également un second registre axiologique, affilié au principe supérieur commun du monde domestique qui place la famille en tant que valeur centrale. Ici, l'état de grand ne repose plus sur l'action collective, mais sur la capacité à honorer les engagements familiaux. Le remaniement des horaires, vécu comme arbitraire, devient alors une atteinte à la stabilité personnelle et familiale, et ce, même si la légalité des horaires est formellement reconnue : « Mais c'est dur, c'est tough, franchement, être

infirmière à temps plein avec une vie de famille. C'est [...] comme un manque de stabilité pour les enfants » (UII-9).

Ce croisement de mondes est particulièrement bien illustré dans les propos de cette autre UII qui, d'une part, invoque ses droits garantis par la convention collective (monde civique) et, d'autre part, exprime la détresse vécue lorsque ces droits sont perçus comme bafoués au détriment de sa vie personnelle (monde domestique) : « Pour l'horaire on a des droits [...] et dans la convention collective y a des lettres d'entente [...] mais faut croire que pour la gestion [AIC] c'était trop compliqué à [les] lire » (UII-2).

Finalement, [...] l'horaire change, puis il sort puis, ben, merde, j'ai un rendez-vous cette journée-là mais ils n'ont pas voulu m'accorder ma journée. Faque tu remets des choses de ta vie personnelle [...] un peu sur la glace [...] tu fais des pieds pis des mains finalement parce qu'y faut que toi tu t'accommodes à l'horaire (UII-2).

Ces exemples démontrent que certaines UIIs naviguent entre des justifications issues de plusieurs mondes, traduisant une pluralité axiologique activée en réponse aux tensions vécues dans leur réalité professionnelle.

Capitaux. Lorsque les UIIs naviguent entre deux systèmes de valeurs, les capitaux mobilisés pour justifier leur position axiologique proviennent aussi de répertoires distincts issus de ces mondes. D'une part, dans une logique affiliée au monde civique, certaines UIIs invoquent leur poste régulier et les droits garantis par la convention collective comme fondements légitimes de leur revendication. Le capital, ici, est normatif et renvoie à une régulation institutionnelle appuyée sur des ententes formelles : « Parce que, comme je vous dis, avec la convention collective j'ai un poste régulier mais ça fait dix ans que je me bats pour ça, les horaires » (UII-8).

D'autre part, ces mêmes UIIs mobilisent aussi des capitaux issus du monde domestique, en mettant de l'avant leur vie personnelle, familiale et sociale comme argument axiologique. Dans ce registre, la grandeur se mesure à la capacité de concilier les obligations professionnelles avec les impératifs de la sphère privée :

Puis souvent tsé au niveau [...] des temps supplémentaires c'est les dix dernières minutes qu'il nous demande de faire du temps supplémentaire tsé de rentrer ça dans nos horaires mais des fois on se dit tsé je pense qu'ils n'ont pas compris le mot qu'on a une vie sociale en arrière de ça, là. Tsé j'ai un des amis à aller voir, j'ai un souper, j'ai un enfant à aller chercher (UII-8).

Ce double ancrage axiologique reflète la complexité des justifications avancées par les UIIs, qui cherchent à faire valoir à la fois leur légalité professionnelle et leur réalité humaine, sans que l'une ne puisse effacer l'autre.

Pouvoir disciplinaire informel. Confrontées à un malaise récurrent lié à la confection des horaires de travail, les UIIs ont recours à un pouvoir disciplinaire informel pour faire valoir leurs systèmes de valeurs et, par extension, le respect de leur habitus. Ce déploiement de pouvoir prend la forme de surveillances hiérarchiques subjectives adressées tant aux gestionnaires (AIC) qu'aux collègues, selon le système de valeurs convoqué dans l'interaction.

Surveillance hiérarchique informelle selon le monde civique. Lorsqu'un horaire est perçu comme non conforme à la convention collective, certaines UIIs activent une logique du monde civique, dans laquelle la norme organisationnelle formelle devient un capital légitime, issu des objets du monde civique. L'AIC est alors l'objet d'une surveillance descendante, jugée nécessaire pour corriger une atteinte aux droits collectifs : « Il arrive

souvent que les horaires n'étaient pas respectés [créant] des conflits entre les gestionnaires et [...] les infirmières (UII-2).

Surveillance hiérarchique informelle selon le monde domestique Cependant, la même UII interprète autrement la situation lorsqu'elle mobilise ses valeurs du monde domestique. Le non-respect de la planification affecte alors ses obligations sociales et familiales et la surveillance prend une dimension affective, tournée vers la conciliation et la stabilité relationnelle :

Puis y a toujours cette frustration-là de tout annuler [...] les choses qu'on s'était organisées d'avance. Y aurait moins de frustration si on choisit les horaires au lieu d'être imposées de rester à n'importe quelle heure si, des fois, on avait un souper ou [...] il fallait faire une activité avec les enfants, et on ne peut pas (UII-2).

Sanction normalisatrice informelle entre collègues. Cette ambivalence se retrouve aussi dans les modes de sanction normalisatrice utilisés entre infirmières. En contexte de litige à propos d'un congé, une UII se positionne selon les valeurs civiques, et rappelle à l'ordre une collègue perçue comme privilégiée en revendiquant la norme d'égalité des droits :

[...] au début, je me faisais beaucoup surveiller tsé : « Ah ben as-tu vu? Elle est nouvelle pis pourquoi elle est juste de jour, [...]. Ou pourquoi [...] elle a telle fin de semaine, pis moi je l'ai pas? » Faque les gens [infirmières] se surveillent entre eux-autres, c'est qui qui a le meilleur horaire. Ouais c'est pas drôle pantoute. [...] moi j'ai déjà répondu à une fille « Ben, écoute, c'est pas moi qui fais l'horaire là, moi j'ai rien demandé. Alors je fais que suivre mon horaire qu'on m'a remis, tsé » [...] (UII-3).

Par ailleurs, cette même UII adopte une sanction de type domestique, en associant le bavardage à un comportement non professionnel relevant de l'état de petit : « [En parlant des horaires] puis on sait, tsé, que c'est majoritairement un monde de filles faque [...]

souvent, c'est ça, ça placote beaucoup-là. Ça fait [...] du mémérage, je vais dire ça comme ça [...] » (UII-3).

Cérémonial de l'examen informel : entre norme et loyauté d'équipe. Le cérémonial de l'examen, bien qu'informel, oscille lui aussi entre les deux mondes. Une UII mobilise le monde civique pour proposer une norme d'organisation équitable, tout en reconnaissant rétrospectivement que l'exclusion d'une collègue, bien qu'efficace, a contrevenu aux valeurs de droiture et de probité dans les relations d'équipe chères au monde domestique :

Là les horaires c'est à changer. Alors [...] une gestion que [...] tout le monde aimerait [c'est que] 90% des employés auraient des journées fixes, que ça serait en escalier. Puis pour eux [l'agente administrative], [...] ce serait juste du copier/coller (UII-5).

Nous, l'équipe, on s'est liguées justement contre [infirmière X] parce qu'à cause de tous ses problèmes d'horaires on en voulait plus dans l'équipe. Donc on a réussi à ce qu'elle parte sur un autre étage. Mais je me dis que finalement, en tenant la réflexion, qu'on aurait dû s'en accommoder parce là [...] on cause du tort à l'autre étage (UII-5).

Pluralité horizontale : pluralité de systèmes de valeurs chez une UII lors d'interactions dans plus d'un cas. Dans certains processus d'interaction, l'habitus de certaines UII les amène à mobiliser d'abord les valeurs du monde civique, mais à changer de position au fil des interactions conflictuelles pour adopter les valeurs du monde domestique selon le contexte. L'exemple de l'UII-9 illustre cette dynamique : à travers chacun des cas rencontrés, elle cherche systématiquement à faire valoir la légalité et l'intégrité de ce qui lui est dû, tant au plan légal qu'équitable.

Droits attendus selon le cas. Peu importe l'interaction conflictuelle à laquelle est confrontée, cette UII s'efforce de revendiquer le respect des droits attendus, et ce, en fonction du contexte spécifique de chaque cas.

Habitus. L'habitus de l'UII-9 révèle l'adhésion simultanée à deux systèmes de valeurs rattachés aux principes supérieurs communs des mondes domestique et civique.

Monde domestique : horaires et uniforme. Lorsqu'il est question des horaires de travail, l'UII-9 adopte des valeurs du monde domestique priorisant la famille et la stabilité sociale. Dans cette perspective, l'état de grand réside dans la reconnaissance des responsabilités familiales et être prise en compte dans la gestion organisationnelle :

Je ne sais pas pourquoi ils refusent les 12 heures [...]. La technicienne, elle ne veut pas se donner la peine? Les horaires seraient stables [...] c'est facile avec la gardienne et [...] ça nous fait une journée de plus en famille (UII-9).

Il en est de même pour l'uniforme, où l'UII-9 manifeste un respect pour le vide réglementaire au nom d'une loyauté envers l'institution, valorisant la prévention budgétaire. La confiance de cette UII envers l'institution traduit son alignement avec l'état de grand domestique :

Si on nous fournit les uniformes, ben certaines [infirmières] vont exiger qu'ils [CISSS d'accueil] les entretiennent. Pour sûr qu'ils n'ont pas ce genre de budget. C'est à nous d'accepter ça et de se changer à la fin du shift [quart de travail]. Pour ça, on n'a qu'à utiliser les salles de bains dans l'unité (UII-9).

Monde civique : IPP et tableau de répartition des patients. En revanche, lorsqu'il est question de l'imposition de la polyvalence professionnelle (IPP) et du tableau de répartition des patients, l'UII-9 adopte des valeurs rattachées au monde civique, centrées sur les droits du collectif infirmier et la sécurité des patients. L'habitus de l'UII-9 la

positionne alors dans un registre de légalité professionnelle où l'état de grand s'incarne dans la défense active des ententes collectives et du respect de la démocratie institutionnelle :

On s'entend que [...] on devrait faire selon notre profession. [Mais] nous on est géré par une assistante chef [AIC] qui veut rien savoir de respecter les ententes [...] puis [qui croit] qu'il faudrait juste se soumettre au patron. C'est un contexte difficile [...] mais ça irait mieux pour tout le monde si on respectait ce qui est écrit sur papier. En tout cas [...] les patients seraient [...] mieux traités [...] (UII-9).

Capitaux. Les capitaux mobilisés par l'UII-9, pour justifier la variation de sa position axiologique, consistent à faire valoir que le manque de respect de ses droits, tels qu'inscrits dans les documents légaux, en tant qu'objet du monde civique, représente un obstacle aux dispositifs du monde domestique soutenant sa capacité de répondre aux besoins de sa famille.

Pouvoir disciplinaire informel. Face aux interactions conflictuelles menaçant à la fois ses droits professionnels et ses responsabilités familiales, le pouvoir disciplinaire informel déployé par cette UII servira à assurer la primauté de la variation de ses valeurs centrales. À travers la surveillance hiérarchique, elle évalue la capacité de l'AIC à respecter, d'une part, les droits des infirmières en lien avec les lettres d'ententes, un objet du monde civique, et d'autre part, les principes de savoir-vivre de la gestion (dispositif du monde domestique) manifestant son ouverture aux vulnérabilités personnelles liées au double rôle professionnel et familial :

Je l'ai checké quand elle [AIC] oblige un TSO aux filles. Jamais qu'elle demande à qui ça tente [...] ou qui est capable. C'est un ordre après l'autre [...] Puis sans respect pour les lettres d'entente. Souvent elle m'oblige de faire un TSO même si elle sait que je dois ramasser mon enfant à la garderie [...]. Allez comprendre ça (UII-9).

L'utilisation d'une sanction normalisatrice informelle sert à rappeler l'AIC à la norme domestique et civique, en réponse au comportement jugé déviant, perçu à la fois comme une déplaisance (état de petit domestique) et une violation des droits institutionnels (état de petit civique) :

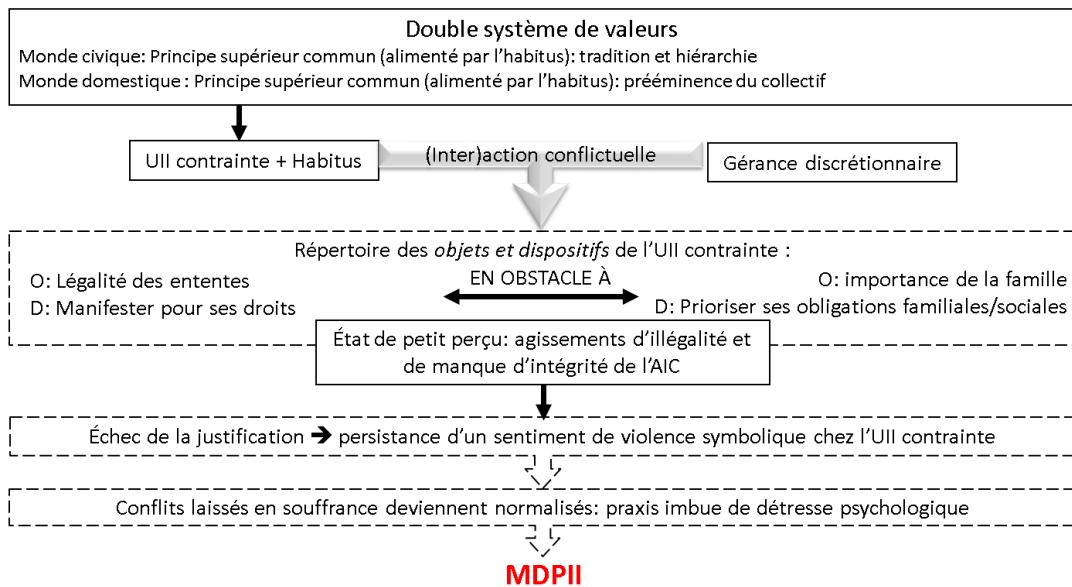
Écoute [...] que je lui [AIC] ai dit. La prochaine fois que tu veux me faire faire un TSO [...] faut d'abord que tu me demandes ou je m'en vais. Tu peux mettre toutes les notes au dossier que tu veux, en bout de ligne c'est toi qui va être obligée de faire le shift [quart de travail] parce que moi je ne serai plus là (UII-9).

À noter que le cérémonial de l'examen n'apparaît pas explicitement dans les témoignages de cette UII pour cette section.

En résumé de la pluralité des systèmes de valeurs. Au cœur de l'alternance entre les systèmes de valeurs issus du monde civique et du monde domestique, un malaise se dessine où il résulte d'une tension entre l'atteinte aux droits professionnels (civiques) et les obligations familiales et sociales (domestiques). En mobilisant simultanément plusieurs systèmes de valeurs, l'UII contrainte se trouve placée dans une situation délicate où elle doit soupeser deux états de grands, deux états de petits et deux objets/dispositifs distincts. Cette pluralité axiologique complexifie sa capacité à faire valoir de manière cohérente sa position dans l'interaction. La Figure 9 illustre cette tension en prenant appui sur l'exemple intitulé « Droits attendus selon le cas » pour mettre en lumière la divergence entre les objets et dispositifs issus de chacun des mondes de référence mobilisés par l'UII.

Figure 9

Droits attendus selon le cas : pluralité de systèmes de valeurs chez une UII



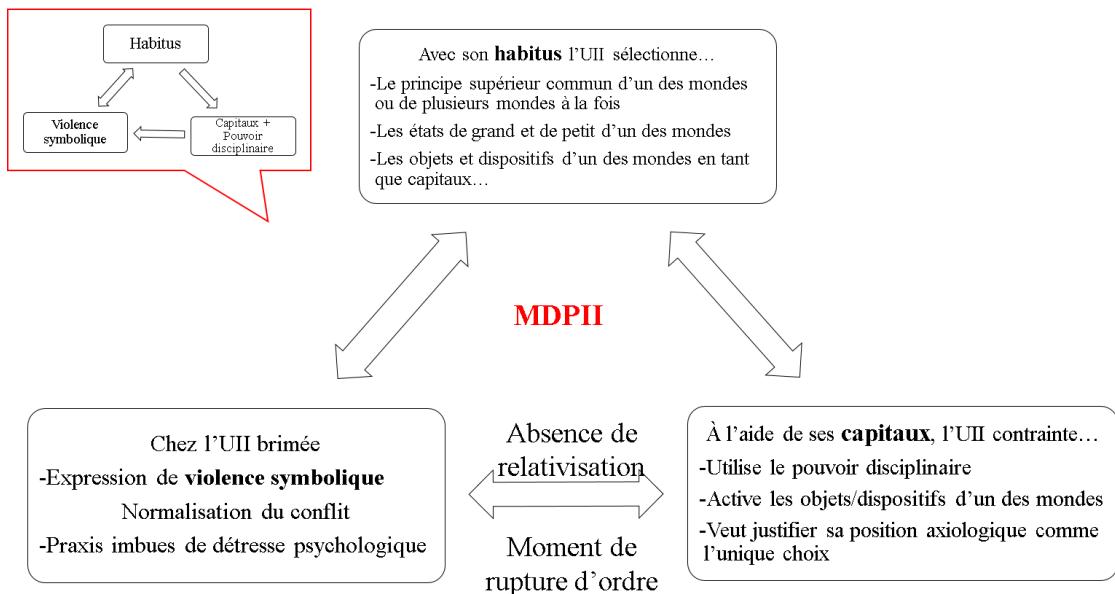
Démonstration de la normalisation du MDPII par un mécanisme unique transversal à l'ensemble des interactions

Aller au cœur d'une pratique sociale conduit à mobiliser le principe d'épiphanie inceptuelle formulé par Van Manen (2014, p. 356, traduction libre de *Inceptual Epiphany*) pour qui l'essentiel réside dans l'atteinte d'une compréhension profonde de l'origine d'un phénomène. En réponse aux objectifs spécifiques de cette recherche, la question suivante se pose : le MDPII repose-t-il sur trois pratiques sociales distinctes? La présente analyse tend plutôt à démontrer qu'il y a lieu de parler d'une réduction inceptive, c'est-à-dire d'une convergence vers un seul mécanisme structurant capable d'expliquer à la fois le fondement du MDPII, mais aussi sa normalisation.

Ce mécanisme, mis en lumière par le troisième niveau d'interprétation, émerge d'un processus rigoureux de réexamen des deux premiers niveaux d'analyse, fondés sur les récits des UIIs. Il s'agit d'une structure d'interaction récurrente, identifiable dans chacun des quatre cas, qui s'apparente à une constance humaine (une régularité empirique) à partir de laquelle s'installe la violence symbolique et consolide le MDPII. Ce mécanisme repose sur l'usage systématique de l'appareil de justification axiologique, tel que conceptualisé dans l'ACÉPSI, pour gérer ou, plus exactement, éviter de résoudre les conflits de valeurs. Il s'agit d'un dispositif transversal aux cas analysés, constituant à la fois l'élément déclencheur et le vecteur du MDPII. La Figure 10 présente une synthèse schématique du mécanisme en question, facilitant ainsi son repérage et sa compréhension dans le cadre de cette démonstration finale.

Influence de l'habitus dans les rapports de force

Pour chacun des systèmes de valeurs, qu'ils soient adoptés ou perçus, l'ACÉPSI souligne que les UIIs sont investies d'un médium à l'interaction, soit une structure cognitive interne à partir de laquelle elles perçoivent, conçoivent et interprètent la réalité dans laquelle elles (inter)agissent. Cette structure, que Bourdieu nomme habitus, résulte à la fois de la socialisation familiale et de la trajectoire scolaire. C'est à travers cet habitus que les UIIs choisissent de mobiliser un principe supérieur commun, représentatif d'une valeur centrale qui les oriente, selon les contextes, dans leur lecture de la réalité de l'unité de soins et dans leur conception du fondement vertueux de leur profession, soit l'état de grand dans le monde de référence concerné. Lorsqu'un tel principe est activé, l'acteur mobilise alors, selon l'ACÉPSI, des capitaux issus du répertoire des objets et dispositifs

Figure 10*Illustration du mécanisme source du MDPII*

de Boltanski et Thévenot, ceux-ci étant cohérents avec la légitimité morale du système de valeurs auquel il se rattache.

Activation des capitaux à l'aide du pouvoir disciplinaire

Lorsqu'une situation conflictuelle émerge – autrement dit lorsqu'une discorde axiologique survient – elle porte atteinte au principe supérieur commun mobilisé par un acteur, provoquant ainsi un malaise lié à la non-reconnaissance de son habitus. Le heurt de ses valeurs centrales place alors l'UII dans une position de contrainte. Les exemples épisodiques rapportés au fil du chapitre démontrent que, peu importe si la confrontation se situe entre les états de grand et de petit ou au niveau du répertoire des objets et des dispositifs, la valeur centrale défendue par l'UII qui se perçoit contrainte s'en trouve inévitablement ébranlée. En réponse à cette dissonance axiologique, chaque acteur

impliqué cherchera à faire prévaloir l'exclusivité de son principe supérieur commun. Pour ce faire, il activera des capitaux, perçus ici comme des leviers d'action axiologique, qu'il mobilisera par l'intermédiaire du pouvoir disciplinaire. Ce recours prend la forme de techniques de dressage au sens foucaldien, visant à contraindre l'autre à adopter, ou du moins à se conformer, au système de valeurs qu'il défend.

Normalisation du MDPII en tant que résultante de l'utilisation exclusive d'un appareil de justification axiologique au service d'un rapport de force

Les témoignages recueillis révèlent, à maintes reprises, l'utilisation d'un pouvoir disciplinaire informel ce qui pourrait expliquer l'échec systématique au compromis. Lorsque les stratégies de justification mobilisées par une UII, combinées à l'utilisation d'un pouvoir disciplinaire informel, ne permettent pas de faire prévaloir ses valeurs centrales ni d'endiguer l'épreuve de grandeur imposée par un autre acteur, l'UII concernée développe la perception que l'imposition d'un principe supérieur commun discordant prend préséance sur le sien. Cette dynamique engendre alors une expérience de violence symbolique, telle que décrite par Bourdieu, suivie d'une expression de détresse psychologique au travail (DPII). Lorsqu'un conflit axiologique reste non résolu par l'absence de compromis, ce conflit glisse progressivement vers un moment de rupture d'ordre. Avec le temps, la répétition de l'expérience de conflit de valeurs et la perception de violence symbolique conduisent à leur normalisation, faisant en sorte que la DPII, qui aurait pu initialement demeurer passagère, se transforme en MDPII sous l'égide de rapports inégaux et non désirés. En somme, aucun des témoignages recueillis n'a permis

de relever un compromis effectif. Tous décrivent plutôt une contrainte insurmontable, impossible à résoudre, et demeurée sans issue.

Le compromis présuppose l'égalité symbolique entre les mondes de justification. Or, dans le champ hospitalier, cette égalité est rarement atteinte. Les valeurs du monde industriel, centrées sur la productivité, l'efficience et la conformité, s'imposent comme normes de référence, soutenues par le pouvoir institutionnel et la hiérarchie domestique. Ce déséquilibre axiologique fait en sorte que le dialogue entre mondes devient une traduction unidirectionnelle : ceux qui disposent de moins de capital symbolique doivent ajuster leur langage, leurs priorités et leurs justifications pour être entendus. Ceux qui possèdent un capital symbolique reconnu dans le champ hospitalier peuvent ainsi exercer un pouvoir symbolique leur permettant d'imposer les critères de légitimité et de définir ce qui est considéré comme une conduite ou une valeur acceptable. Le compromis, dans ce contexte, prend la forme d'une adaptation contrainte plutôt que d'une négociation réelle. Cette dynamique illustre la manière dont la structure du champ, au croisement de la violence symbolique (Bourdieu), du pouvoir disciplinaire (Foucault) et des économies de la grandeur (Boltanski & Thévenot), empêche la cohabitation équitable des valeurs et contribue au maintien de la détresse psychologique (MDPII)

Le chapitre en bref...

Soutenue par trois niveaux d'interprétation, cette étude de cas multiples avait pour but d'identifier les pratiques sociales pouvant répondre aux trois objectifs spécifiques de la recherche :

- Premier niveau d'interprétation : en mobilisant les descriptifs expérientiels des UIIs des deux sites pour les quatre cas, ce premier niveau a permis d'identifier les pratiques institutionnalisées ainsi que les praxis s'y rattachant (Tableau 8).
- Deuxième niveau d'interprétation : il a permis de dégager sept praxis contraignantes, articulées autour des éléments structurants du MDPII.
- Analyse intercas : elle a fait émerger deux mégapatrons, tous deux garants du MDPII, en lien avec l'instabilité des systèmes de valeurs et la perception d'oppression professionnelle. Ces deux mégapatrons, intimement liés, s'entretiennent mutuellement en aggravant la normalisation du phénomène.
- Troisième niveau d'interprétation : cette dernière étape, en utilisant les concepts d'habitus, de capitaux mobilisés à travers l'exercice du pouvoir disciplinaire et de violence symbolique, a permis d'identifier un mécanisme unique sous-jacent à toutes les interactions conflictuelles. Ce mécanisme, basé sur la mobilisation exclusive et répétée du pouvoir disciplinaire informel, explique non seulement le fondement du phénomène du MDPII, mais aussi sa normalisation progressive par l'ancrage de la violence symbolique dans le quotidien des UIIs.

Les résultats de l'analyse ont ainsi permis de réduire l'écart entre la situation initiale et la situation souhaitée, soit de *Mieux comprendre ce qui contribue au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers*. Ce chapitre attire l'attention sur le fait que ce sont les praxis quotidiennes contraignantes, devenues banales puisque normalisées au sein de l'institution dans les deux sites, qui créent une expérience quotidienne et soutenue de violence symbolique, pierre angulaire du MDPII.

Enfin, bien que non explicitement nommé par les UIIs, un élément a émergé de la quasi-totalité des témoignages qu'est l'impact négatif du MDPII sur la santé des patients en tant qu'effet collatéral au MDPII, un constat qui se présente comme le prolongement logique des résultats. Bien que le chapitre Discussion se consacre à l'exploration approfondie du MDPII, à la lumière des objectifs spécifiques du départ, une partie du chapitre sera destinée à cet impact émergent.

Discussion

Structuré autour des grands thèmes issus de l’analyse, ce chapitre s’articule à l’aide de quatre pôles principaux : l’analyse critique de l’ACÉPSI, la discussion des résultats, les recommandations et les contributions. Une dernière section aborde les forces et limites de l’étude suivie par le « Chapitre en bref... » venant ainsi clore le cœur de cette thèse.

Analyse critique de l’ACÉPSI

De manière générale, il convient de reconnaître les mérites de l’ACÉPSI, tant pour avoir guidé l’étude portant sur le MDPPI que pour sa capacité à soutenir et à évoluer tout au long des différentes étapes de l’analyse.

ACÉPSI en tant que création unique

Plusieurs auteurs ont mobilisé la théorie de Boltanski et Thévenot (1991, 2022) pour l’étude de problématiques mettant en jeu le lien entre des acteurs et leur appartenance à un des mondes, dont voici quelques exemples. Julianotti et Langseth (2016) ont voulu examiner les différents systèmes de valeurs qui influencent l’organisation des Jeux olympiques, pour lesquels les responsables et décideurs appartiennent, en ordre d’importance, aux mondes marchand, de l’opinion et domestique, tandis que les acteurs du monde civique, c'est-à-dire les sportifs, sont ceux dont les arguments ont le moins d’influence. En informatique, Barondeau (2015) considère que l’utilisation d’un site Web équitable – le Wiki – exige une collaboration où les acteurs du monde civique démontrent une aptitude, mais que celle-ci est surpassée par celle des acteurs du monde par projet.

Pour leur part, Schneider et al. (2019) ont fait valoir que les qualités requises pour travailler en tant que préposés aux bénéficiaires s'apparentent principalement aux valeurs du monde domestique. Quant à Ceci et Purkis (2011), elles ont étudié les conflits entourant la « bonne » façon de dispenser les soins à domicile au Canada (1990-2010), lesquels ont tendance à être résolus, voire ensevelis, sous le poids des « réalités budgétaires » des acteurs du monde industriel; une tension subsiste entre les acteurs qui prônent la légitimité des soins et ceux dont les pratiques sont soumises à une logique hiérarchique. Au Québec, Gagnon (2000) départage le mouvement social lié au travail entre deux collectivités, soient les intellectuels et les ouvriers. Dans une même veine d'idée, où le choix des individus porte sur un seul système de valeurs, Bertrand et Tremblay (2021) indiquent que les valeurs des mondes domestique et de l'inspiration polarisent les prises de décision sur l'enseignement de la culture religieuse tandis que, pour Dubreuil et Borraz (2025), une polarité semblable existe entre les acteurs des mondes industriel, de l'inspiration et civique à propos des efforts de consommation face aux enjeux climatiques. En guise de dernier exemple, Nørgaard (2017), pour qui chaque militaire adhère à un régime d'action selon sa propre logique interne, pose un regard sur les contradictions (légales, éthiques et politiques) qui s'en suivent à propos des systèmes d'armes mortelles autonomes de la Défense Danoise.

Alors que ces recherches tendent à conclure à une affiliation exclusive des acteurs à un seul monde, l'ACÉPSI propose un regard nouveau. L'incursion à l'intérieur des pratiques sociales contribuant au MDPII fut obtenue par la consolidation d'auteurs-clés et de leur apport conceptuel, pour l'élaboration des éléments structurants du MDPII et de l'appareil

de justification axiologique à l'intérieur de trois des mondes de Boltanski et Thévenot (1991, 2022). Ce faisant, les résultats obtenus ne s'appuient plus seulement sur la position d'acteurs selon leur appartenance à un seul monde, mais plutôt sur un ensemble interdimensionnel complexe de systèmes de valeurs. En s'abstenant de compartimenter les acteurs selon un découpage axiologique, l'ACÉPSI a permis de révéler une constance humaine en tant que mécanisme source du phénomène du MDPII.

À propos des approches bourdieusienne et boltansienne, Susen (2012) soulignait que « [...] la distinction conceptuelle entre pouvoir et domination oblige à réfléchir sur la différence paradigmique entre la sociologie critique de Pierre Bourdieu et la sociologie pragmatique de la critique de Luc Boltanski » (2012, p. 691) pour ensuite, dans une nouvelle phase de sa réflexion, plutôt promouvoir la contribution d'un commentaire de Boltanski, lequel qualifie d'émancipatrice la conception bourdieusienne de la critique de l'idéologie car « [...] capable de libérer les acteurs humains des sources illégitimes d'impuissance. » et ainsi fournir « [...] des analyses nuancées de toutes les formes de domination sociale [...] » (Susen, 2016, pp. 219, traduction libre). Par la suite, Susen (2020) rappelle également que deux des auteurs-clés de l'ACÉPSI, que sont Michel Foucault et Pierre Bourdieu, ont en commun une préoccupation pour l'histoire de la réalité sociale losqu'ils « [...] mettent en lumière [...] que le présent ne peut être correctement compris indépendamment du passé, le premier étant, inévitablement, le produit du second. » (Susen, 2020, pp. 175-176, traduction libre). Dans cette optique, l'ACÉPSI, en mettant en lumière l'impact d'une répartition inégale des capitaux et des distinctions sociales dans les rapports de force, pourrait, selon une interprétation de Susen (2020) qui transcende le cadre

immédiat de la présente recherche, « [ouvrir] la voie à la construction d'un monde libéré des formes de domination coloniales et néocoloniales » (Susen, 2020, p. 36, traduction libre).

Évolution de l'ACÉPSI en réponse à l'analyse des données

À la suite de la démarche de problématisation et à la lumière des résultats d'études consultées, le schéma initial de l'ACÉPSI a été conçu en postulant que les situations de discorde menant au MDPII survenaient principalement entre les mondes de Boltanski et Thévenot (1991, 2022). Selon cette première conceptualisation, l'appareil de justification axiologique devait permettre d'expliquer comment les acteurs, ayant adopté les valeurs associées à « un » monde, justifieraient leur position axiologique lorsque surgit une difficulté de coexistence avec les valeurs d'un « autre » monde. Cependant, les résultats de l'analyse du troisième niveau ont révélé une dynamique plus complexe : le système de valeurs adopté par un acteur ne dépendait pas d'une allégeance stable à l'ordre de grandeur d'un seul monde. Au contraire, les systèmes de valeurs empruntés vacillaient d'un monde à l'autre selon la praxis contraignante à laquelle l'acteur était confronté. Cette évolution a mis en évidence que l'attachement aux mondes était situationnel plutôt que structurel.

Cette observation rejoint la proposition de Boltanski et Thévenot (1991, 2022) selon laquelle chaque interaction conflictuelle doit être analysée à partir de la situation où elle se déroule et où les acteurs exercent leur capacité à prioriser le système de valeurs qu'ils estiment pertinent au moment donné. Les stratégies de justification apparaissent ainsi davantage liées aux situations conflictuelles spécifiques qu'aux mondes eux-mêmes, selon une dynamique fluide et mouvante :

Il faut donc renoncer à associer les mondes à des groupes et ne les attacher qu'aux dispositifs d'objets qui qualifient les différentes situations dans lesquelles se déploient les activités des personnes lorsqu'elles mettent ces objets en valeur. [...] Chaque ordre de valeur a une logique pour critiquer les autres ordres de valeurs. (Boltanski et Thévenot, 1991, pp. 266, 291).

Pour mieux refléter cette compréhension approfondie issue de l'analyse des données, le schéma ajusté de l'ACÉPSI (Figure 11) présente :

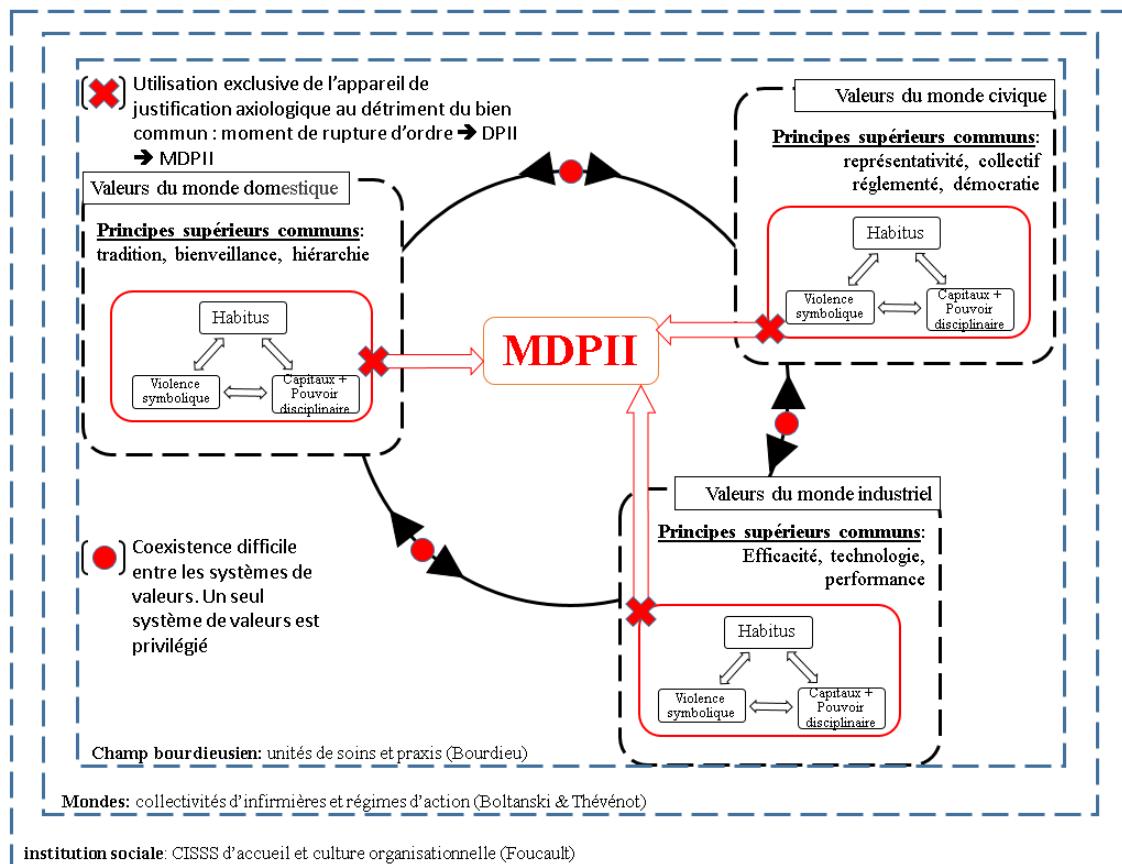
- Les mondes dorénavant illustrés en tant que systèmes ouverts (symbolisés par des pointillés) pour illustrer leur porosité et la fluidité des valeurs mobilisées.
- Leur principe supérieur commun respectif, rappelant les valeurs centrales qui les guident.
- L'appareil de justification axiologique, mis en évidence comme levier central de l'exclusivité axiologique et son impact sur le MDPII.
- Enfin, l'encadré de l'institution sociale est lui aussi représenté en pointillé, pour indiquer que le MDPII ne se limite pas à la sphère des unités de soins, mais déborde désormais vers d'autres dimensions institutionnelles, y compris un impact négatif sur les patients, lequel sera exploré dans la section qui suit.

ACÉPSI : exploration d'un impact négatif émergent

Les pratiques sociales conflictuelles, qu'elles soient issues de relations individuelles, collectives ou organisationnelles, engendrent chacune leur propre moment de rupture d'ordre. Cependant, et bien que cette recherche se soit intéressée au MDPII à l'aide d'artéfacts-cas, un constat transversal a émergé des propos des UIIs des deux sites : leurs craintes récurrentes concernant les répercussions négatives sur les patients, particulièrement lorsque les soins sont perçus comme affectés par des valeurs

Figure 11

Schéma ajusté de l'ACÉPSI



organisationnelles, privilégiant l'efficience et la productivité au détriment de la qualité de ceux-ci. Ces préoccupations ont été confirmées par les résultats qui révèlent que l'utilisation exclusive de l'appareil de justification axiologique engendre le MDPII, tel qu'identifié par les mégapatrons, mais produit également une conséquence, cohérente avec l'ensemble des résultats, qu'est un impact négatif sur la santé des patients et des infirmières des unités de soins du CISSS d'accueil.

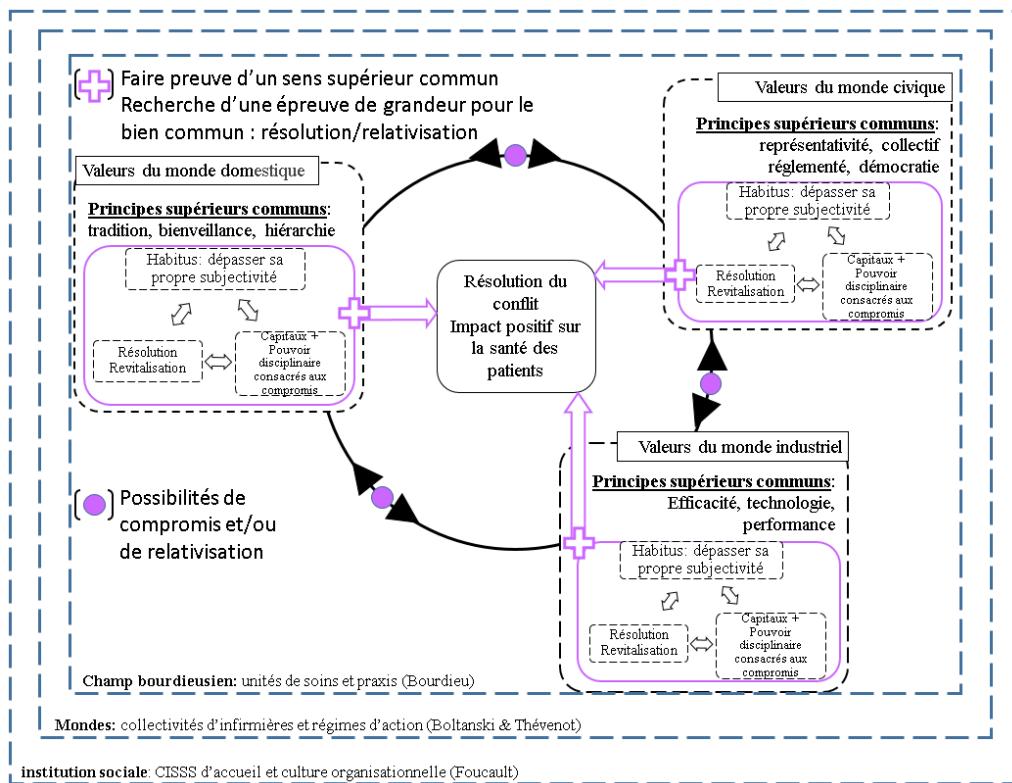
La réalité dont nous font part les UIIs révèle que le monde infirmier regroupe des infirmières qui adhèrent à deux systèmes de valeurs principaux, tout en invoquant les

tensions créées par un troisième système. Lorsqu'il y a froissement entre ces ensembles de valeurs, l'incapacité à négocier la coexistence de principes supérieurs communs porte atteinte à la collaboration professionnelle, fragilise l'agir en partenariat et nuit à l'excellence du soin qui est pourtant la raison d'être de la profession infirmière.

L'habitus, en tant que système de dispositions incorporées issues des socialisations professionnelle, familiale et institutionnelle, oriente les manières d'agir et de percevoir sans que ce soit toujours conscient. Or, dans les milieux de soins, certaines situations de tension invitent les acteurs à suspendre temporairement ces dispositions pour entrer dans un espace de dialogue fondé sur des valeurs partagées. Il importe moins que chacun « modifie » son habitus, que de prendre conscience des cadres de perception qu'il impose afin de créer les conditions d'une communication ouverte et d'une collaboration fondée sur la reconnaissance mutuelle et la recherche d'un soin juste.

Pour contrer le manque de considération, les silences occlusifs et les jugements de valeurs qui imprègnent les pratiques sociales au cœur du MDPPII, un schéma ajusté de l'ACÉPSI a été élaboré (Figure 12). Dans cette version relativisée, l'appareil de justification axiologique est remplacé par un appareil de relativisation interdimensionnel qui symbolise la possibilité de résolution des conflits de valeurs et d'un impact positif sur la santé des patients. Ainsi s'expriment Alvesson, Gabriel, et Paulsen (2017) de façon analogue :

Pour que les résultats soient significatifs pour la société dans son ensemble, une recherche doit aller au-delà des intérêts de groupes spécifiques. [...] au-delà d'un groupe cible spécifique [...], et générer des connaissances utiles à la société (p. 17, traduction libre).

Figure 12*Schéma relativisé de l'ACÉPSI*

Dans le schéma relativisé de l'ACÉPSI, le cercle fléché qui relie les systèmes de valeurs des trois mondes indique dorénavant une possibilité de résolution. Les flèches à double sens illustrent le fait que cette nouvelle stratégie de justification s'insère tel un mouvement qui part du cœur, reflet d'un habitus ouvert aux besoins collectifs. À l'intérieur de chaque monde, un appareil de relativisation interdimensionnel permet à chaque acteur de prioriser la recherche d'une épreuve de grandeur, non pas pour défendre exclusivement ses propres valeurs, mais en faveur du bien commun. Le Tableau 12 présente les concepts phares associés à ce repositionnement, en s'appuyant sur ce que Boltanski et Thévenot (1991, 2022) considèrent un désir inhérent des acteurs d'influencer l'issue des situations de

Tableau 12*Éléments structurants de la résolution d'un conflit*

B) SENS DE LA JUSTICE ET DU BIEN COMMUN			
A) CONFLIT AXIOLOGIQUE	Habitus	<i>Être conscientisé</i> : Capacité de dépasser sa propre subjectivité pour se détacher temporairement de son principe supérieur commun afin de s'ajuster à une situation pour le bien commun <i>Dévoilement</i> : déclaration qui sert à invalider l'épreuve de grandeur de l'autre monde, considérée non-adéquate	C) COMPRO- MIS
Désir de compromis	Capitaux	<i>Arrangement</i> : • Contester l'épreuve de grandeur et en demander une nouvelle • Mise en place d'une nouvelle épreuve de grandeur pour le bien commun • Être en accord pour la suspension du différend sans qu'il soit réglé	Résolution temporaire ou permanente du conflit par un accord privé ou local
Développement d'un sens supérieur commun	Pouvoir disciplinaire	<i>Relativisation</i> : Tous se détachent de leur principe supérieur au profit du bien commun. L'épreuve sertie dans un seul monde perd de son importance	

D) RÉSULTANTE

Être accueillie dans une dénonciation. Contrer le MDPII. Impact positif sur la santé des patients et des infirmières

Inspiré des travaux des auteurs-clés de la recherche

discorde vers un compromis. Enfin, les flèches convergeant vers le centre suggèrent que la résolution d'un conflit de valeurs constitue un pas supplémentaire vers un impact positif sur la santé des patients et la santé du personnel infirmier.

Consolidation de la pensée des auteurs-clés

La consolidation des pensées de Bourdieu, Foucault et Boltanski et Thévenot s'est imposée comme un maillage fécond. Là où Bourdieu éclaire la structure des rapports de force et la logique de reproduction des dispositions, Foucault dévoile les formes plus diffuses du pouvoir disciplinaire tandis que Boltanski et Thévenot donnent accès à la pluralité des justifications à travers lesquelles les acteurs cherchent à rendre leurs actions légitimes. Ce croisement théorique a enrichi l'analyse en montrant que la détresse psychologique ne se joue pas seulement dans la contrainte institutionnelle, mais aussi dans les processus intérieurs d'assujettissement, de justification et de compromis manqué. Ce

dialogue entre structure, pouvoir et valeur a donc transformé la lecture du phénomène : il a permis de comprendre que le maintien de la détresse psychologique est à la fois un effet des dispositifs organisationnels et une dynamique symbolique d'ajustement et de reconnaissance au sein du champ hospitalier.

Discussion des résultats

La littérature scientifique s'est peu intéressée de façon spécifique au lien entre les pratiques sociales et le MDPII. En conséquence, cette discussion des résultats propose d'établir un parallèle entre les pratiques sociales identifiées au chapitre précédent – lesquelles constituent les éléments fondamentaux du mécanisme à l'origine du MDPII – et les trois objectifs spécifiques de la présente recherche, mais dont l'ordre de présentation fut remanié pour mieux refléter les éléments structurants du MDPII : conflit de valeurs, pouvoir disciplinaire et violence symbolique.

Manière dont les pratiques sociales, ancrées dans les relations intercollectives, alimentent le MDPII en s'appuyant sur la conception des conflits de valeurs entre les mondes selon Boltanski et Thévenot

L'ensemble des témoignages recueillis montre que le MDPII est en grande partie alimenté par les relations entre collectivités, où les valeurs de productivité et d'éthique du soin s'opposent. À titre d'exemple, certaines pratiques sociales s'appuyant sur la gérance discrétionnaire privilégient le dépassement des règlements, même si cela met en péril le permis de pratique de l'infirmière et engendre un impact négatif sur la santé des patients.

De même, plusieurs témoignages révèlent que le vide réglementaire, souvent perçu comme un moyen de réduction des coûts pour le CISSS d'accueil, accroît le manque de visibilité

professionnelle des infirmières sur les unités de soins, contribuant ainsi au MDPII. Toutefois, même si plusieurs de ces pratiques sociales concernent les relations entre les infirmières et l'organisation, le présent volet de la discussion se concentre uniquement sur les interactions entre groupes d'infirmières.

Pouvoir d'influence entre collectivités d'infirmières

Parmi les pratiques sociales conflictuelles entre groupes d'infirmières figurent notamment la perception de discrimination entre unités concernant l'uniforme infirmier et le refus d'entraide entre collègues. Comme aucune collectivité infirmière ne détient un pouvoir disciplinaire institutionnalisé, chaque groupe agit selon ses propres repères ce qui rend la résolution des conflits improbable et facilite le MDPII.

La recension des écrits a mis en lumière que les recherches scientifiques ayant associé l'instabilité des systèmes de valeurs au MDPII sont, pour ainsi dire, inexistantes. Toutefois, certaines études ont examiné la précarité des systèmes de valeurs et la capacité des groupes à justifier leurs choix, notamment Pfeffer et Fong (2005) qui démontrent que l'obligation de se conformer à des valeurs imposées ou de subir l'impact du favoritisme, deux phénomènes structurés par le pouvoir hiérarchique, est à la base de la détresse psychologique. Dans le même ordre d'idées, Clark (2008) avance qu'imposer un système de valeurs, au détriment des autres systèmes de valeurs, favorise la dévalorisation de l'autre ce que Fuller et Gerloff (2008) nomment *Rankism*, un abus de pouvoir qu'accorde une position hiérarchique et qui sert à rabaisser ou désavantager l'autre. Cette forme d'incivilité résulte en un sentiment d'agression et de détresse dont nous ont fait part les UIIs. À ce jour, si Saleem et Ameen (2021) concluent à l'importance d'un environnement de travail

humain et convivial, ZareKhafri, Torabizadeh, et Jaberi (2022) considèrent qu'un milieu de travail infirmier, où sévissent des comportements discriminatoires, existe encore à ce jour et suscite des conséquences psychologiques et professionnelles chez le personnel infirmier sans compter un impact négatif sur les soins aux patients.

Saleem et Ameen (2021) encouragent les infirmières à exprimer librement leurs sentiments et leur perception lorsqu'en situation de conflits. Cependant, Boltanski et Thévenot (1991, 2022) rappellent que seul le monde civique se prête à la coexistence d'acteurs possédant des personnalités différentes. Ainsi, au-delà d'un seuil prédéterminé par un pouvoir disciplinaire informel, que pourrait améliorer une communication ouverte, les UIIs témoignent d'une confusion entre leur loyauté envers l'employeur et leur responsabilité professionnelle de leadership et de défenseur (*advocacy*) envers le patient (OIIQ, 2010).

Liberté managériale et favoritisme : un tandem conflictuel

Plusieurs pratiques sociales intercollectives contraignantes semblent également découler d'une liberté managériale conférée par le pouvoir institutionnalisé. Le favoritisme, transversal aux quatre cas étudiés, illustre un tandem conflictuel où les praxis du même niveau hiérarchique deviennent à la fois habilitantes et contraignantes. Ce phénomène engendre des divisions entre collectivités d'infirmières, tandis que l'incapacité de chaque groupe à justifier sa position de manière convaincante compromet toute résolution du conflit. Gond, Barin Cruz, Raufflet, et Charron (2016) soulignent qu'un pouvoir institutionnalisé peut déstabiliser les dynamiques de groupes lorsque les justifications morales de ses décisions ne sont pas socialement défendables. Les

témoignages recueillis confirment cette analyse : le favoritisme entraîne une fragmentation des groupes d'infirmières, affaiblissant leur cohésion et ouvrant la voie au MDPII. Par ailleurs, Nikbakht Nasrabadi, Khoobi, Joolaee, Cheraghi, et Hedayat (2019), notent que cette difficulté à concilier des systèmes de valeurs divergents, n'est pas exclusive aux infirmières; les gestionnaires de premier niveau font également face à des pressions de la haute gestion pour ignorer les règles éthiques et morales. Enfin, Fleming et Spicer (2014) et Fleming (2016) soutiennent que le pouvoir institutionnalisé est souvent responsable de l'émergence de formes de violence entre les employés.

Sous-utilisation des compétences infirmières : un regard sur l'impact négatif émergeant du MDPII

Les témoignages recueillis suggèrent qu'une surutilisation marquée de l'infirmière, en tant que main-d'œuvre interchangeable, implique une sous-utilisation de ses compétences professionnelles. De Koninck et al. (2008) établissaient un lien entre les inégalités en santé, la perte de crédibilité du rôle infirmier et l'intention de quitter la profession. À ce jour, les UIIs confirment cette dynamique : elles rapportent que la culture de service (Boamah, Kalu, Havaei, McMillan, & Belita, 2023; McMillan, 2018) actuellement en place devient un facteur contribuant au manque de personnel puisque cette stratégie conduit plusieurs infirmières à démissionner. Selon Simard (2021), une sous-utilisation des compétences infirmières prive la population de services essentiels de promotion de la santé et prévention de la maladie tandis que Ma, Zhu, et Liu (2024) confirment qu'un patient privé de soins humains, alors qu'il se sent vulnérable et déraciné de son environnement naturel, vivra lui aussi de la détresse psychologique.

Les témoignages indiquent également que la sous-utilisation des compétences infirmières est exacerbée par l'empreinte de la haute gestion sur la culture organisationnelle. Cette dernière semble promouvoir la subordination des infirmières à un simple rôle fonctionnel. Abuhussein, Koburtay, et Syed (2021) estiment que les préjudices faits envers les infirmières, notamment leur niveau d'autonomie, créent des conséquences néfastes sur leur bien-être psychologique. Ce constat rejoint la position de Clark (2008) : rompre un tabou hiérarchique et favoriser l'émergence d'une gestion transparente, ouverte aux suggestions et apte à responsabiliser les employées. Une telle approche pourrait réunir les forces des collectivités infirmières pour contrer le MDPII.

Bien que Perron, Fluet, et Holmes (2005) aient démontré que la gestion dissimule le contrôle des infirmières sous l'égide de la sécurité des patients, certains témoignages des UIIs suggèrent, qu'aujourd'hui, le patient ne figure même plus au centre des préoccupations organisationnelles. À titre d'exemple, l'imposition de la polyvalence professionnelle (IPP) s'effectue sans offrir de formation préalable, une lacune justifiée par le manque de temps. De même, le vide réglementaire entourant les uniformes, combiné à la surcharge des unités de soins, contribue au manque de visibilité professionnelle des infirmières. Ces pratiques institutionnalisées, perçues par les UIIs comme des moyens de réduction des coûts, génèrent des conflits de rôles qui alimentent le MDPII. Quant à Ulusoy, Nienhaus, et Brzoska (2023), ils évaluent les pratiques organisationnelles qui ne tiennent pas compte des compétences comme une forme de discrimination, voire même de violence, auxquelles le personnel infirmier est particulièrement exposé.

Dans les unités étudiées, aux dires des UIIs, le modèle de soin en triade (soit les « bulles » ou équipes de travail) est utilisé. Selon Borges, Sequeira, Queirós, et Mosteiro-Díaz (2021), ce modèle ne soutient pas nécessairement le leadership infirmier et, comme le mentionnent les UIIs, entraîne une surcharge de travail et une perte de capacité décisionnelle. À titre d'exemple, le nombre et la lourdeur des patients attribués à une bulle (équipe de travail) dépendent d'une gérance discrétionnaire et non d'un leadership infirmier. Brooten et al. (2019) associent cette approche à des effets négatifs sur la santé des patients ainsi qu'à une atteinte à la mission même des établissements de santé. Ce constat recoupe les témoignages des UIIs qui expriment une difficulté croissante à défendre les intérêts des patients. Al-Akash et al. (2024) présentent un portrait plus détaillé de la sous-utilisation des compétences infirmières; la récurrence de tâches non infirmières (TNI), incluant des tâches administratives et domestiques, alourdissent la charge de travail des infirmières et compromettent les soins aux patients. En guise de solutions, ces auteurs misent sur les interventions managériales pour assainir les conditions de travail et insistent sur l'importance du lobbyisme infirmier pour réaffirmer leur identité et influencer les politiques de santé. D'autres chercheurs, tels qu'Eibner et al (2009) et McMillan (2018), estiment que le travail en triade fait partie d'une approche ancrée dans un modèle d'entreprise, au détriment du leadership infirmier, mais qui accroît plutôt qu'il ne réduit les coûts. À ce jour, une riposte prend forme grâce à Contandriopoulos et al. (2024) qui suggèrent que les cliniques gérées par les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) constituent une approche rentable comparativement à un modèle de gestion ancré dans la productivité. Enfin, Daly et al (2014) insistent sur l'impossibilité de dissocier la santé des

patients d'un leadership infirmier fort, tel que prôné par la Loi 90 qui redéfinit et actualise le rôle des infirmières et infirmiers pour une plus grande autonomie interdisciplinaire.

Étant donné la perception des UIIs, à propos des effets d'une culture de service sur les patients, la présente thèse s'inscrit dans la continuité des constats de Papastavrou, Andreou, et Efstathiou (2014) qui démontrent que le « rationnement » des soins prolonge la durée du séjour et dégrade l'état de santé des patients. Pour leur part, Recio-Saucedo et al. (2018) précisent que, lorsqu'une infirmière est cantonnée à des tâches « médicotechniques » accaparantes, la qualité des soins est tributaire d'une autre discipline, ce qui engendre des conséquences délétères pour les patients :

[...] 14 études ont rapporté une série de résultats intéressants : erreurs de médication; infections sanguines; pneumonie; infections des voies urinaires (IVU); infections nosocomiales; chutes de patients; escarres; [...] incidents critiques; événements indésirables; mortalité et readmissions à l'hôpital dans les 30 jours (p. 2250, traduction libre).

Enfin, il est possible d'établir un rapprochement entre la dimension symbolique de la sous-utilisation des compétences infirmières et les propos d'Alvesson (2000) lorsqu'il souligne la nécessité de redonner aux employés la possibilité de s'exprimer, de « [...] « dire quelque chose » qui ne soit pas immédiatement domestiqué par [...] un discours péjoratif trop prévisible de « bureaucratie », de « patriarcat », de « capitalisme », de « gestionnariat » [...] » (p. 110, traduction libre). Pourtant, parallèlement à l'entrée en vigueur de la loi 90, pour une utilisation accrue des compétences infirmières, Simard (2021) mentionne, d'une part, la découverte d'importantes lacunes scientifiques chez les infirmières détenant un diplôme de techniciennes et, d'autre part, le retard d'implantation

de l'interdisciplinarité requise par la loi 90 que cet auteur considère un frein organisationnel que seul un leadership infirmier permettrait de résilier.

Manière dont les pratiques sociales, ancrées dans les relations avec l'organisation, alimentent le MDPII en s'arrimant à la description du pouvoir disciplinaire selon Foucault

Les témoignages recueillis auprès des UIIs des deux sites révèlent de nombreuses pratiques sociales perçues comme contraignantes dans leurs relations avec l'organisation. Certaines sont liées à la gérance discrétionnaire, d'autres non, mais toutes sont associées à des formes d'assujettissement professionnel. Pensons, par exemple, à la difficulté de concilier travail et obligations familiales/sociales, au manque de visibilité professionnelle, à la mise en péril du permis de pratique, aux atteintes potentielles à la santé des patients, au favoritisme, ou encore à la transgression des droits négociés par les ententes syndicales. Ces pratiques sociales alimentent le MDPII en provoquant une mise en opposition de valeurs, notamment entre des impératifs organisationnels de productivité, de performance et d'efficience, et des valeurs infirmières de qualité et de sécurité des soins.

Cependant, dans la mesure où aucun témoignage de gestionnaire n'a été recueilli, les propos analysés reposent uniquement sur les perceptions des UIIs. Le terme « perception » est donc employé intentionnellement pour souligner que les formes d'oppression professionnelle décrites émanent de l'expérience vécue par les infirmières, telles qu'elles les interprètent au quotidien dans leurs interactions avec l'organisation.

Perception ou réalité : quel statut accorder à l'oppression professionnelle?

La notion de perception a été longuement débattue en philosophie, en psychologie et dans les sciences humaines. Locke (1755) l'associe à une saisie empirique du monde. Pour Austin et Warnock (1962), elle est façonnée par les sens, les expériences antérieures et les croyances, ce qui la rend potentiellement illusoire. Andersson Marchesoni, Axelsson, et Lindberg (2014) y voient un reflet subjectif, tributaire des valeurs personnelles.

Toutefois, en se rapprochant de la posture phénoménologique, Merleau-Ponty (1976) soutient que la perception est bien plus qu'un simple ressenti. Elle est enracinée dans le corps agissant, insérée dans un contexte d'interactions sociales et capable de révéler l'essence d'un phénomène. Cette posture est reprise en sciences infirmières dans les écrits, notamment par Gottlieb et Gottlieb (2014), pour qui la perception constitue un mode valide d'observation clinique, en tant que processus actif de construction du sens. Quant à De Geest (2024), elle considère cette construction du sens d'une réalité subjective telle une qualité intrinsèque que l'infirmière doit posséder et développer. Dans cette optique, les perceptions exprimées par les UIIs peuvent être reconnues comme un reflet légitime d'une réalité organisationnelle : celle de rapports de pouvoir vécus sur les unités de soins. Cette interprétation est renforcée par St-Pierre et Holmes (2010) qui affirment que les stratégies managériales gagneraient à s'appuyer sur la perception des infirmières pour assurer leur efficacité. De leur côté, Alvesson et Deetz (2000a) soutiennent que la perception est aussi façonnée par des forces politiques, parfois arbitraires, souvent avantageuses pour certains groupes au détriment d'autres. Grossberg (1987), concepteur de théories sur les réseaux neuronaux, va plus loin en affirmant la nécessité d'agir sur les messages de domination

inscrits dans les structures organisationnelles. Ces auteurs convergent vers une lecture critique : derrière les pratiques sociales institutionnalisées se profile une culture organisationnelle dominante, orientée vers le service, qui tend à neutraliser la parole infirmière au nom d'objectifs de gestion. Ce rapport de force entre logiques professionnelles et logiques organisationnelles est au cœur du mécanisme du MDPII.

Culture du soin versus culture de service

Il convient de rappeler que le mandat prioritaire de l'OIIQ est la protection du public, ce qui justifie que le Code de déontologie des infirmières et infirmiers (LégisQuébec, 2024) accorde des activités réservées à la profession pour rencontrer cette obligation, notamment l'évaluation du patient et l'exercice du jugement clinique (Dallaire, 2008). Pourtant, les UIIs ont témoigné de pratiques sociales qui alimentent le MDPII à travers une confrontation de deux systèmes de valeurs, tel que décrit précédemment : d'un côté, des valeurs centrées sur la productivité, la performance et l'efficience; de l'autre, celles liées à la qualité et la sécurité des soins.

Au regard d'une culture de service et d'une culture du soin, McMillan (2018) observe que « [...] l'exclusion mutuelle de ces idéologies culturelles a contribué à la discordance observée [dans le travail des infirmières] » (traduction libre, p. 85) puisque « [...] une culture de service privilégie les économies de coûts et l'efficacité, ce qui a fait perdre aux infirmières le temps et les ressources nécessaires pour fournir des soins de qualité et sécuritaires » (McMillan, 2018, p. iii, traduction libre). Les résultats de McMillan (2018) soulignent qu'une culture de service, centrée sur l'optimisation budgétaire, compromet l'éthique du soin et induit, chez les infirmières, une détresse morale lorsqu'elles se sentent

dans l'impossibilité de prodiguer des soins qui soient « bons », « sécuritaires », « de qualité », « axés sur la famille » et « holistiques » (p. 85, traduction libre). Nikbakht Nasrabadi et al. (2019) ainsi que Dorceus, Yergeau, Le Corff, et Laverdiere (2021) abondent dans le même sens : ils constatent que l'éthique infirmière est souvent négligée par une culture managériale de service qui privilégie une logique organisationnelle fondée sur le contrôle et l'influence hiérarchique. À ce point, il faut s'inspirer de Boltanski (2005) qui qualifierait cette hiérarchisation des relations comme des repaires de compétitivité où s'opposent les systèmes de justification et où les conflits axiologiques peuvent être vus comme des « épreuves de force [...] institutionnalisées » (Boltanski, 2011, pp. 54-55) dans lesquelles un acteur tire un avantage structurel.

Plusieurs témoignages des UIIs révèlent que la culture organisationnelle permet aux gestionnaires de s'éloigner des règles formelles, ce qui entraîne un assujettissement des infirmières dans leurs praxis quotidiennes. Les pratiques institutionnalisées telles la manipulation des horaires, l'imposition de l'IPP et le recours à un panoptisme organisationnel – un aménagement spatio-temporel au service d'une surveillance contraignante, comme par exemple l'attribution des patients par numéros de chambre – traduisent une mise en tension entre sécurité des soins et performance et contribuent au MDPII.

Cette logique d'une culture de service favorise un agir managérial fondé sur l'optimisation rationnelle des effectifs, au détriment de l'agir partenarial avec les professionnels de la santé. Fong, Tims, et Khapova (2022) associent une culture de service à une modélisation non constructive, voire même destructive, du travail puisque les

stratégies mises en place ne satisfont que les seuls besoins des gestionnaires. Selon Fong et al. (2022), les employés seraient alors moins portés à coopérer, donnant lieu à des conflits relationnels et une expérience professionnelle négative pouvant affecter, à leur tour, les buts de gestion.

Dans un mémoire présenté aux États généraux de l'OIIQ, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI, 2021), plaide pour un changement de culture afin que les infirmières puissent défendre leur autonomie professionnelle d'ici 2030, et ce, dans une approche coopérative plutôt qu'autoritaire. Le mémoire dénonce la perte d'autorité professionnelle infirmière, notamment dans un système de santé hospitalo-centrique où la voix infirmière peine à se faire entendre en dehors des revendications syndicales. Voulant répondre à la nécessité d'*Apprendre, exercer et défendre l'autorité de la pratique professionnelle infirmière*, ce mémoire (FSI, 2021) avance que la détresse psychologique chez les infirmières puisse découler d'une forme de tautologie, où la position hiérarchique du gestionnaire en milieu hospitalier, qui encadre et contraint l'action infirmière, détient en elle-même le pouvoir de préserver cet avantage. Nikbakht Nasrabadi et al. (2019) font la lumière sur cette dynamique en montrant une concordance entre la justification du pouvoir et le pouvoir de la justification, soulignant ainsi l'avantage structurel de la gestion sur les infirmières. Selon le mémoire de la FSI (2021), non seulement les compétences de l'infirmière sont insuffisamment reconnues, mais un manque de respect envers la profession apparaît lorsque sont placées, sur un même pied d'égalité, les infirmières techniciennes, les infirmières cliniciennes et les infirmières auxiliaires, menaçant ainsi la sécurité des soins. Les témoignages concernant les bulles

(équipes de travail) et les uniformes non différenciés en sont deux exemples concrets. Enfin, seules Morinière et Georgescu (2022), envisagent un possible compromis au sein des organisations de santé à l'aide du pouvoir institutionnel des dirigeants; lorsque porté par un discours de performance, le pouvoir institutionnel pourrait devenir une force de négociation pour atténuer les contradictions entre des groupes d'acteurs aux systèmes de valeurs concurrents.

Plusieurs des pratiques sociales contraignantes, identifiées par les UIIs, prennent racine dans un type de communication autocratique, tel un impératif d'obéissance à une culture de service; pensons principalement à l'absence de cérémonial de l'examen qui exclut toute possibilité de communication comme c'est le cas, par exemple, avec l'établissement des horaires ou la répartition des patients. En lien avec la capacité de communication, St-Pierre et Gauthier (2011) posent la question centrale : « [...] comment réussir à relier les acteurs, les disciplines, les structures d'organisation, les manières de faire et leurs contextualités, en un ensemble cohérent? » (p. 35). Christiansen et Wellendorf (2021) soulignent que, pour faciliter la communication entre groupes d'acteurs, où chacun est inextricablement lié à son système de valeurs, il devient nécessaire d'établir des espaces de communication où les arguments défensifs nécessitent une prise de conscience qu'Ahmed et Bourgeault (2022) présument nécessaires entre les gestionnaires et les professionnels afin d'établir leurs responsabilités partagées. Pour Harbour et Gauthier (2017), la préoccupation s'inscrit non seulement dans la communication, mais dans la compréhension des termes utilisés de part et d'autre. Ainsi, de comprendre le symbolisme d'un uniforme différencié favoriserait la visibilité des infirmières sur les unités de soins du CISSS d'accueil et une meilleure

communication avec les patients. À cet effet, Bourque, Martisella, et Marquis (2023) proposent qu'un modèle organisationnel interdisciplinaire soit fondé sur des valeurs partagées. De leur côté, Friedrichsdorf et Bruera (2018) soulignent la nécessité d'une réciprocité des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être entre acteurs, afin de sortir d'une logique de charge de travail imposée ou de redistribution arbitraire du personnel qui, selon les UIIs, avivent le MDPII.

Carricaburu et Ménoret (2004) associent les hôpitaux à un modèle wébérien fondé sur la hiérarchie, la standardisation et la rationalisation du travail. Une telle approche, renforcée par le structuro-fonctionnalisme, peut expliquer certaines pratiques de gestion qui, malgré leurs effets délétères, continuent d'être privilégiées. Pour Comtois, Paris, Poder, et Chaussé (2013), « Des exemples de cette approche [dominante] au Québec sont la décentralisation du système de gestion en santé et la mise en place de partenariats public-privé. » (p. 170). À ceci, il faut ajouter la rétrogradation de la direction des soins infirmiers (DSI), désormais reléguée à un rôle consultatif de conseillère en soin (LégisQuébec. 2020, c. 6). Comme pour remédier à cette décentralisation, Contandriopoulos et al. (2016) croient que les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) peuvent représenter un catalyseur à des changements souhaitables dans le système de santé par une perturbation du modèle actuel, lequel nécessite une réforme.

En gardant en mémoire les témoignages des UIIs à propos de pratiques sociales telles que l'imposition de la polyvalence professionnelle (IPP), les temps supplémentaires obligatoires (TSO) ou encore la manipulation des horaires, Jauvin, Côté, Allaire, Freeman, et Biron (2018) suggèrent que la gestion devrait viser, non pas la division, mais plutôt la

stabilité des équipes et le potentiel d'activité des infirmières à travers un véritable partenariat. Pourtant, déjà en 1993, Willmott soulignait qu'une gestion technocratique s'appuie souvent sur des programmes spécifiquement conçus pour inhiber, voire empêcher, le développement de critiques constructives par les employés. Plus récemment, Fleming et Spicer (2014) ont émis l'hypothèse qu'un micro-pouvoir accordé aux « managers » – telle que la gérance discrétionnaire décrite à la présente recherche – augmente de façon exponentielle leur autonomie au sein d'une organisation, au détriment des autres acteurs dont le pouvoir s'en trouve réduit. Même lorsqu'un établissement prétend promouvoir une gestion-partenaire, Shrivastava (1995) tout comme Alvesson et Willmott (2012) affirment que certains acteurs y occupent des positions stratégiques privilégiées, de sorte que peu importe les changements organisationnels entrepris, la dévalorisation du soin infirmier demeure inchangée.

À ce jour, dans l'espoir de contrer le MDPII, tel que conceptualisé dans la présente étude, cette recherche rejoint la perspective de Comtois et al. (2013) et Alvesson (2018), en soulignant la nécessité d'instaurer une culture du soin soutenue par la haute direction. D'une part, Comtois et al. (2013) considèrent qu'un véritable changement dans le mode de gestion est nécessaire pour mobiliser le plein potentiel des professionnelles de la santé :

Dans les situations où le mode de gestion est accompagné d'une forte soumission hiérarchique, cela peut démobiliser et parfois infantiliser des employés ayant un haut niveau d'éducation et de compétence, ce qui prive le système d'un fort potentiel d'innovation (p. 175).

D'autre part, pour générer un impact positif sur le MDPII, Alvesson (2018) plaide en faveur du développement d'un style de gestion fondé sur la démocratie organisationnelle, qui s'écarte des approches autoritaires traditionnelles :

En soi, il est tout à fait possible et probable qu'un style de gestion démocratique [...], c'est-à-dire indépendamment de la nature des possibilités de contrôle technico-administratif, soit dans de nombreux cas plus efficace qu'une gestion autoritaire traditionnelle (Alvesson, 2018, pp. 132, traduction libre).

À ce propos, Bernz, Pedro, Tanaka, Tanaka, et Nita (2022) voient les possibilités mais aussi les défis que demandent l'implantation d'une culture du soin, dont le succès exige l'acquisition de connaissances spécifiques, par les divers paliers de gestion, pour établir ce nouveau partenariat. Pour leur part, Behrens et Cassens (2021) voient non plus la seule compétence des gestionnaires, mais plutôt l'édification de compétences liées à une culture du soin et intégrées à l'ensemble du système réseau.

Soumettre la santé humaine à la technocratie

Soumettre la santé humaine à ce que Feenberg (2017) nomme le « *technosystème* », revient à réduire l'importance du soin à une logique de rationalisation instrumentale marquée par « [...] la déshumanisation, la dépersonnalisation et l'instrumentalisation des relations sociales [...] » (p. 164, traduction libre). Germain et Amedée-Pierre (2025) proposent que non seulement cette déshumanisation existe encore à ce jour, mais qu'elle a comme conséquence une réticence de la population à fréquenter les établissements de santé. À l'exemple de pratiques sociales évoquées par les UIIs, telle que l'imposition de déplacements (IPP) sans égard à l'expertise clinique liée à la spécialité, Potvin, Gendron, et Bilodeau (2004) rappellent qu'une approche organisationnelle, qui exclut l'expertise du

sujet connaissant, peut entraîner des inégalités sociales de santé. Si Cunha, Pestana-Santos, Lomba, et Santos (2023) prétendent que les dispositions personnelles de l'infirmière sont à la base d'un jugement clinique précaire, raison d'une pauvre gestion du soin, par exemple, lors de l'imposition de déplacements, Mougeot (2020) voit, dans la rationalisation du soin, la déstructuration d'un groupe professionnel par une « déspécialisation » (p. 75), une tension quotidienne issue de politiques managériales teintées de violence organisationnelle dues au « [...] défaut de formation professionnelle [...] » (p. 78).

Ainsi, selon McMillan (2018), exercer dans un environnement où la gestion semble indifférente aux préoccupations des infirmières, génère un stress qui nuit à la santé mentale de celles-ci. Cette perspective rejoint celle de St-Pierre et Holmes (2008) pour qui la quête d'un contrôle budgétaire a conduit les institutions à poser des gestes pouvant être considérés comme des formes de violence institutionnelle « [...] la recherche de mesures de maîtrise des coûts a incité les employeurs à agir en tant qu'auteurs de violences institutionnelles. » (p. 353, traduction libre).

Dans la présente étude, les résultats de McMillan (2018) font écho aux propos des UIIs lorsque celles-ci rapportent, par exemple, une attitude de fermeture lors des demandes d'ajustement des horaires de travail, ou une absence de justification face à une répartition inéquitable des patients. Dans une perspective organisationnelle plus concrète, Rainbow (2019) rappelle que les stratégies d'efficacité et d'efficience mal adaptées peuvent en fait alourdir le fardeau économique de l'institution, notamment par leurs effets sur le

présentéisme et l'absentéisme, un constat qui fait écho aux mégapatrons associés au MDPII.

Dans le but d'optimiser l'efficacité des processus liés aux soins et de favoriser une diminution de l'intimidation des gestionnaires à l'égard des infirmières, Raza (2025) recommande l'implantation de la méthode LEAN pour une gestion à faible coût, sans superflu. Selon Ali (2024), la méthode LEAN s'est avérée pertinente en ingénierie en éliminant les activités sans valeur ajoutée ce qui permet de gagner temps et argent. Conséquemment, cet auteur avance qu'une telle amélioration des processus est applicable en milieu hospitalier où elle accroîtrait la satisfaction des patients et réduirait les coûts. McMillan (2018) fait toutefois part de l'incohérence d'adapter un outil de travail issu du milieu industriel à un milieu hospitalier dont le but premier est le soin l'humain et non une interaction entre l'ouvrier et le produit manufacturé. Pomerleau (2021), quant à elle, critique vivement l'approche LEAN qu'elle associe aux idées de Marx envers le travail rémunéré. C'est ainsi que l'approche LEAN, lorsqu'adoptée par la classe dominante, ne servirait qu'à maintenir les femmes dans un rôle « rémunéré », selon la définition des « analystes économiques classiques » (p. 59), ce qu'elle considère inapproprié à la pratique du soin. Sa critique rejoint les partages des UIIs concernant l'imposition de temps prédéfinis pour prodiguer des soins, comme s'il était possible de minuter un soin en imposant des frontières à la joie, la tristesse ou au vécu émotionnel du patient. Cette perspective est renforcée par Lapointe (2022) et Dontigny (2021), pour qui les stratégies dérivées de l'approche LEAN, tels que l'IPP ou les TSO, contreviennent aux droits professionnels et, tel que le mentionnent les UIIs, exacerbent le MDPII. Issu du taylorisme,

ce modèle de gestion réduit l'infirmière à une simple exécutante. Carricaburu et Ménoret (2004) souscrivent à la pensée de ces auteurs quand ils affirment que la standardisation des soins et leur minutage contribuent à une culture organisationnelle fondée sur la logique technocratique, celle-ci étant pilotée par une gestion centralisée où l'efficience supplante la relation soignante, ce que les UIIs ont associé au MDPII et à son impact négatif sur la santé des patients. Enfin, Allard-Poesi et Loilier (2009), tout comme McMillan (2018), soulignent que le modèle dominant dans la haute gestion s'aligne sur les Études Critiques en Management (ÉCM), lesquelles privilégient l'efficacité financière et la rentabilité, souvent au détriment de la reconnaissance du rôle professionnel infirmier et de l'importance accordée à l'être humain, deux éléments centraux au phénomène du MDPII. À propos d'un soin soumis à la technocratie des établissements, la préoccupation est d'envergure mondiale où l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021) tire la sonnette d'alarme quant à l'ampleur des erreurs, des incapacités et des décès évitables en lien avec les soins, appelant les établissements et les services de santé à faire de la sécurité des patients une culture partagée à tous les niveaux du système de santé.

Enfin, Krtolica (2014) propose un parallèle éclairant lorsqu'elle compare ce type de gestion technocratique, héritée du structuro-fonctionnalisme (Parsons, 1964), à une forme de prolétariat où l'infirmière, en milieu hospitalier, y est considérée n'occuper qu'une fonction. Si ce modèle pouvait se justifier à l'ère industrielle par la disponibilité d'une main-d'œuvre abondante, nous estimons que son utilisation par les institutions n'est plus qu'un clin d'œil à ces périodes où il y avait un grand bassin d'employés potentiels. Selon l'avis des UIIs, la surabondance de main-d'œuvre n'existant plus, ce mode de gestion est

pressenti obsolète, voire même nocif pour les patients, dans un contexte de pénurie et de surcharge chronique. Alvesson et Deetz (2000b) concluent d'ailleurs que « Le concept de technocratie attire l'attention sur certains des aspects les plus sombres et les plus inquiétants de la « gestion professionnelle » en limitant une compréhension de l'humain [...] » (p 93, traduction libre).

Manière dont les pratiques sociales, ancrées dans les relations interindividuelles, alimentent le MDPII en s'appuyant sur la conception de la violence symbolique selon Bourdieu

Au fil des témoignages, bien qu'il soit difficile de cerner avec précision les paramètres familiaux et scolaires qui façonnent l'habitus de chaque acteur, les interactions individuelles au cœur du MDPII semblent influencées par deux formes dominantes de pratiques sociales : les rapports de force entre collègues et la soumission à l'autorité.

Rapports de force entre collègues

Qu'il s'agisse du refus d'aider une collègue confrontée à une charge de travail inégalement répartie entre les bulles (équipes de travail), ou de jugements portés sur l'apparence ou l'uniforme d'une autre infirmière, plusieurs témoignages font état de rapports de force persistants. Ces relations conflictuelles, lorsqu'elles ne sont pas abordées ouvertement, ne mènent pas à un espace de dialogue, mais plutôt à un renforcement des positions. La réaction des UIIs consiste alors à camper davantage leur position axiologique, appuyée sur un principe supérieur commun issu de leur habitus. Bourdieu (1972) souligne que l'habitus prend racine dans l'histoire sociale de l'individu et se manifeste dans les situations vécues. C'est dans cette lignée que le concept d'hystérisis (Bourdieu, 1980)

devient pertinent; il décrit le décalage entre les dispositions acquises et les exigences du présent, pouvant enfermer les acteurs dans une boucle rétroactive où l'appréciation d'une expérience demeure cloîtrée dans ce qui leur est connu.

Cette dynamique pourrait expliquer pourquoi, face à des conflits interindividuels, certaines UIIs réagissent par l'exclusion de l'autre ou le rejet de valeurs perçues comme étrangères à leur propre système de référence. Neumann et Pouliot (2011), tout comme Barrett (2018), interprètent ce phénomène comme une forme de résistance au changement, une fermeture à la communication, lequel renforce le maintien du MDPII. À l'inverse, Sieczka (2025) offre une lecture plus nuancée de l'hystérosis, qu'elle considère non pas être un comportement pathologique, mais plutôt une réaction méritant d'être comprise à la lumière d'un possible renouveau social.

Le syndrome de la Reine des abeilles

Staines, Tavris, et Jayaratne (1974) ont été parmi les premiers à conceptualiser le *Syndrome du Queen Bee*, une dynamique où certaines femmes, occupant des positions de pouvoir, manifestent peu de solidarité envers leurs consœurs. Bien qu'initialement centré sur les femmes en position hiérarchique élevée, ce concept s'applique aussi aux tensions entre collègues féminines, comme le laissent entendre plusieurs témoignages d'UIIs. Vingt ans plus tard, Çiçek Korkmaz et Altuntas (2024) précisent que la perception du rôle professionnel infirmier est largement influencée par le soutien, ou l'absence de soutien, offert par la culture organisationnelle. Les tensions interindividuelles que rapportent les UIIs, notamment les jugements sur la conformité à l'image attendue d'une professionnelle du soin, peuvent ainsi être interprétées à la lumière de ce syndrome. C'est dans cette

perspective que les travaux d'Ellemers, van den Heuvel, de Gilder, Maass, et Bonvini (2004) apportent un éclairage complémentaire. Ces auteurs montrent que l'engagement professionnel des femmes est souvent nourri par un attachement affectif à leur rôle, ancré dans une vocation. Cette conception trouve un écho dans les écrits de Collière (1982) qui associe ce rôle à une construction socioculturelle façonnée par l'environnement familial et social. En ce sens, Evalaroza et Nieve (2024) proposent que les infirmières, qui se disent sous-payées et non-apprécierées, sacrifient malgré tout leur bien-être au profit de leurs patients; pallier à ce déséquilibre, qui limite la qualité des soins aux patients et contribue à l'épuisement professionnel des infirmières, demanderait de rehausser leur statut professionnel à l'aide d'opportunité d'apprentissage.

Soumission à l'autorité

Les pratiques sociales qui soutiennent le MDPII révèlent une autre facette du concept d'hystérisis qu'est la soumission à l'autorité. Cette posture, faut-il le rappeler, peut s'expliquer par le fait que plusieurs membres du personnel infirmier adhèrent, selon les contextes, aux valeurs du monde domestique tel que défini par Boltanski et Thévenot (1991, 2022). Dans ce monde, l'ordre, le respect de la hiérarchie et la loyauté envers l'autorité sont des valeurs centrales, pouvant encourager une attitude de docilité face aux figures de pouvoir. Bien que peu d'études aient directement exploré le lien entre la soumission à l'autorité et le MDPII, plusieurs travaux ont mis en lumière l'influence de l'habitus, voire de l'hystérisis, dans les comportements de soumission au sein des institutions de soins.

Rhynas (2005) soutient que, au-delà des structures formelles et de la hiérarchie, c'est l'habitus qui façonne en profondeur la manière dont les soins sont prodigués. Ainsi, lorsqu'une infirmière se soumet à une IPP, malgré sa conviction que cette directive met en péril la qualité des soins ou contrevient à ses droits, elle incarne une forme de soumission enracinée dans des dispositions historiques et culturelles, parfois inconscientes. Une soumission qui fait appel à la débrouillardise et à la dévotion au patient, comme l'indiquent certains témoignages, établit un lien avec l'histoire des infirmières, façonnée par une culture de sacrifice et d'abnégation (Nazon & Perron, 2014). Ces autrices rappellent que le rôle infirmier s'est historiquement construit autour d'un idéal de dévouement silencieux et d'une obéissance presque instinctive à l'autorité médicale et administrative. Cette posture, intériorisée dans l'habitus de l'infirmière, selon une optique professionnelle, coïncide étrangement avec les conclusions de Milgram (1962). Lors d'une expérimentation, un chercheur, vêtu d'un sarrau blanc, demandait à un « enseignant » de corriger chacune des réponses erronées d'un « apprenant » par des décharges électriques (« l'enseignant » ignorant que les décharges étaient fictives). Bien que confrontés à un ordre manifestement immoral, plusieurs « enseignants » ont poursuivi l'application de chocs électriques jusqu'à la limite, c'est-à-dire 500 volts, à l'endroit d'un « apprenant » simplement en raison de la pression exercée par une autorité perçue comme légitime :

Pour se sortir de cette situation [commettre un acte immoral], le sujet doit rompre clairement avec l'autorité. L'objectif de cette étude était de déterminer quand et comment les individus défieraient l'autorité face à un impératif moral évident (Milgram, 1974, p. 605).

Dans la présente recherche, cette analogie aide à comprendre pourquoi certaines infirmières disent se plier à des pratiques qu'elles savent contraires à leur jugement

clinique ou à leur éthique professionnelle : leur socialisation professionnelle, imprégnée d'un *habitus* qui épouse les valeurs du monde domestique, rend cette soumission non seulement acceptable, mais parfois perçue comme une marque de loyauté ou de professionnalisme. Ce phénomène, enraciné dans une histoire disciplinaire de docilité, alimente ainsi le MDPII lorsqu'il empêche toute contestation ou prise de parole critique face à des directives délétères.

En supposant que l'hystérisis des infirmières s'ancre dans un héritage lié au rôle socialement construit de la femme soignante (Collière, 1982), Gilligan (2013) suggère que les infirmières doivent d'abord prendre conscience de la place qu'elles estiment avoir le droit d'occuper dans le système de santé. Sous un maquillage d'altruisme féminin se cacherait une forme d'abdication, parfois intérieurisée, parfois imposée, qui a contribué, historiquement et encore aujourd'hui, à la négation de leurs droits professionnels. Pour Gilligan (2013), si le *caring*, constitutif de la sphère domestique traditionnellement féminine, a une valeur éthique en soi, il devrait être reconnu sur un pied d'égalité avec l'éthique de la justice (Gilligan, 2014). Cette autrice relie d'ailleurs cette éthique du soin à une « blessure morale » nécessitant réparation pour le bien-être des individus et de la société. Elle affirme que seul un véritable changement de paradigme permettrait d'enrayer les rapports de pouvoir inégaux entre les genres :

[...] le modèle patriarcal exclut l'amour entre égaux, et les relations interpersonnelles deviennent discordantes, hostiles et hypocrites. Si l'éthique du soin demeure sous le joug de la menace, c'est parce que le patriarcat refuse de renoncer à sa position de pouvoir [...] (Gilligan, 2013, pp. 7, traduction libre).

Plusieurs des études recensées dans le Tableau 4 établissent d'ailleurs un lien entre le MDPII et une série d'événements articulés autour des dispositions individuelles, confirmant l'importance jouée par l'hystérosis dans la cristallisation de ces rapports. Nadot Ghanem (2013) avance, à ce titre, que les infirmières, lorsqu'elles interagissent avec un supérieur hiérarchique ou un médecin – porteurs d'un statut d'autorité – sont souvent peu enclines à exprimer leur point de vue ou à défendre leurs valeurs professionnelles. L'autrice en conclut que c'est le déficit d'adaptation cognitive et affective, générée par leur habitus, qui fait obstacle à leur pouvoir d'influence. Cette lecture fait glisser le problème vers une interprétation psychologisante, presque moraliste, où la posture de retrait serait assimilée à une faiblesse de caractère. Une telle posture risque de déplacer l'analyse vers des interventions ciblant l'individu, dans ce cas l'infirmière (voir Appendice A), en occultant la réalité structurelle du combat quotidien mené dans la praxis et qui a un impact tangible sur le MDPII et la santé des patients.

Dans cette optique, Halsey (1978) parle d'un bénéfice marginal où, en s'ajustant aux normes implicites de la culture organisationnelle, les infirmières contribueraient à perpétuer leur propre subordination. Pour mieux comprendre cette dynamique, il faut se tourner vers le concept bourdieusien de la doxa – un ensemble de pensées, à propos de l'interprétation d'une situation, une forme de croyance collective non questionnée car considérée comme l'évidence même (Bourdieu, 1997) – qui façonne les perceptions et les comportements en rendant invisibles les rapports de domination. Ainsi, les stratégies de subordination décrites par les UIIs, loin d'être des choix libres, témoignent d'un espace d'action restreint où le « gain » consiste à éviter le conflit ouvert. Cela rejoint la lecture

critique de Qin (2018) qui, en réponse à la dystopie décrite par Orwell (1949), affirme que les individus soumis à une surveillance constante finissent par intérioriser cette contrainte jusqu'à devenir leurs propres surveillants. Pour Qin (2018), ce panoptisme, reflet d'un pouvoir omniprésent, perturbe l'humanité même de l'individu et entraîne une perte de repères sur ce qui est juste ou injuste. Une telle logique se retrouve dans les pratiques sociales individuelles observées dans la présente recherche, où la soumission à l'autorité prévaut sur l'éthique du soin, menant directement au MDPII.

Ainsi, si le MDPII trouve racine dans des pratiques sociales nourries par une culture organisationnelle technocratique (Carricaburu & Ménoret, 2004), et qu'il prospère dans un système « hospitalo-centrique » qui favorise l'assujettissement de l'infirmière (FSI, 2021, p. 4), alors cette étude fait écho à l'avertissement de Milgram (1974) :

Le problème de l'obéissance n'est donc pas uniquement psychologique. La forme de la société et son évolution y sont pour beaucoup. Il fut un temps, peut-être, où les hommes étaient capables d'apporter une réponse humaine à toute situation, car ils y étaient pleinement impliqués. Mais dès qu'une fragmentation du travail s'est instaurée, les choses ont changé. [...] L'individu n'a plus eu accès à la situation dans son ensemble, mais seulement à une petite partie, et il est donc devenu incapable d'agir [...]. Il cède à l'autorité, mais, ce faisant, se détache de ses propres valeurs (p. 606, traduction libre).

Domingue, Lauzier, et Foth (2024) proposent qu'une nouvelle tendance, le « *Quiet Quitting* » ou refus de l'obéissance excessive (p. 1, traduction libre), soit devenu un acte de résistance éthique, un moyen de pression « [...] », permettant aux infirmières de s'opposer à un système de santé néolibéral sans nuire à leurs patients » (p. 2, traduction libre).

En résumé de la discussion

À l'intérieur des praxis contraignantes issues des témoignages s'entrecroisent les conflits de valeurs, la perception d'oppression professionnelle et la certitude de porter atteinte à la sécurité des patients, un tiraillement professionnel à la base du phénomène du maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers (MDPII). Cette notion désigne l'enchevêtrement du vécu infirmier et de ses répercussions concrètes sur la qualité et la sécurité des soins aux patients. Lorsque se produit une situation conflictuelle, la pertinence du maillage épistémologique entre la pensée bourdieusienne, boltanskienne et foucaldienne est d'avoir produit les deux mécanismes de l'ACÉPSI, en soutien à l'ensemble des analyses, pour fournir des résultats satisfaisants.

La discussion a permis de relier les résultats empiriques aux écrits scientifiques récents, tout en répondant aux trois objectifs spécifiques de la recherche. Elle a notamment mis en évidence la manière dont certaines pratiques sociales institutionnalisées, qu'elles soient issues de rapports interindividuels, collectifs ou organisationnels, sont légitimées par un usage exclusif de l'appareil de justification axiologique au détriment du soin. Ces résultats ont également contribué à affiner l'ACÉPSI, en montrant que les interactions conflictuelles observées ne s'arriment pas de façon rigide à un seul monde, mais s'inscrivent dans une dynamique fluide, révélant la pluralité des systèmes de valeurs que les acteurs activent selon les situations et les rapports de force.

Enfin, la discussion ouvre des pistes de transformation. En interrogeant les fondements axiologiques des relations de travail, elle invite à repenser la gouvernance des établissements de santé en valorisant une culture du soin fondée sur la collaboration, la

reconnaissance des savoirs infirmiers et une communication démocratique. Ces pistes seront reprises lorsque seront énoncées les recommandations.

Dans une perspective mondiale, ces constats résonnent avec les préoccupations exprimées par l'OMS (2023), qui identifie l'épuisement professionnel des infirmières comme un facteur humain majeur, menaçant la sécurité des patients et contribuant à une perte de croissance économique annuelle estimée à 0,7 %. Bien que distinct sur le plan conceptuel, l'épuisement professionnel peut être compris comme une manifestation avancée ou chronique de la détresse psychologique, laquelle, dans cette étude, s'inscrit dans un contexte de pratiques sociales contraignantes, normalisées et répétées. Le MDPII, en tant que forme durable de cette détresse psychologique, apparaît ainsi comme un facteur structurel sous-jacent à l'épuisement, et donc comme un levier critique pour comprendre et prévenir les atteintes à la santé des soignants et des patients. À la lumière de la présente recherche, il apparaît que le MDPII n'est pas en soi une fatalité, pourvu que les institutions reconnaissent les tensions systémiques qui le nourrissent et s'engagent dans une transformation soutenue de leur culture organisationnelle.

Les recommandations

Les nouvelles connaissances issues de la présente recherche ont permis de répondre à l'objectif général soit de *Mieux comprendre ce qui contribue au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers*. Toutefois, que peut-on concrètement tirer de ces résultats pour améliorer les conditions de l'exercice infirmier?

Inspirée par Van Manen (2014, 2023), cette section présente chaque recommandation comme une occasion de croissance, une réponse située aux enjeux révélés par les praxis contraignantes observées sur le terrain. Ces recommandations n'ont donc pas pour visée d'offrir des solutions universelles, mais bien de proposer des pistes d'action ancrées dans la réalité des milieux étudiés. Considérant que cette recherche s'est exclusivement centrée sur la compréhension du MDPII à travers l'analyse des pratiques sociales, les recommandations qui suivent s'organisent autour de quatre des cinq champs d'activité de l'infirmière, tels que définis par Pepin, Bourbonnais, et Ducharme (2024) : pratique, gestion, formation et politique. Elles traduisent la nécessité d'un changement concerté entre les actrices du soin, les gestionnaires, les milieux d'enseignement et les décideurs politiques afin d'atténuer les facteurs de maintien de la détresse et de renforcer une culture du soin éthique, sécuritaire et soutenable. Quant au champ d'activité de la recherche, il a rejoint la section Contributions où il propose une réflexion sur le développement d'un corpus de connaissances axé sur la compréhension de phénomène sociaux, tel que le MDPII.

Pratique

Le fait qu'un phénomène tel que le MDPII se soit progressivement normalisé devrait susciter une introspection collective sur la pratique professionnelle infirmière et la qualité des soins offerts. En plus de ses rôles de promotion de la santé et de prévention de la maladie, l'infirmière est également nantie d'une responsabilité de plaidoyer pour les patients, ce qui inclut l'exercice du droit à la dissidence tel que stipulé par l'OIIQ (2010). Or, chaque artefact-cas analysé dans la présente étude témoigne d'un écart à cette

responsabilité. Puisque les UIIs perçoivent une oppression professionnelle comme un facteur central du MDPII, les recommandations qui suivent visent à favoriser un retour à l'équité par l'action infirmière, qu'elle soit individuelle et/ou collective.

Recommandation visant les droits professionnels et le TSO

Les pratiques telles que l'imposition du TSO ou les refus de congés illustrent un manquement aux droits des infirmières. Les UIIs mentionnent qu'elles n'ont aucun pouvoir sur leurs horaires, tout en devant parfois les gérer elles-mêmes via les réseaux sociaux. Cette logique de contrôle, appuyée par un pouvoir disciplinaire institutionnalisé, est vécue comme un outil de convenance pour la gestion, au détriment de la capacité d'influence des infirmières. Le Code de déontologie (LégisQuébec, 2024, chap. I-8, r. 9, art. 44) impose à l'infirmière de « prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins ». Cette clause étant généralement interprétée à tort comme l'obligation de s'astreindre à tout TSO, Brisson, Roy, Gagné, et Simard (2022) nous assurent que la continuité des soins est à associer à une transmission ininterrompue des informations essentielles sur l'état de santé des patients afin d'assurer leur sécurité. Enfin, l'OIIQ (2025) rappelle que le TSO demeure une mesure exceptionnelle, et que l'infirmière n'a pas à assurer sa propre relève. Une première recommandation, serait donc d'inciter les infirmières à documenter les démarches de l'AIC avant l'imposition d'un TSO et à en discuter entre pairs ou avec le syndicat. Cette démarche pourrait s'inscrire dans une formation continue sur le développement professionnel. Comme le souligne Demers (2025), les infirmières ont la responsabilité d'autoévaluer leur pratique professionnelle et de se positionner activement par rapport à celle-ci. Une avenue à considérer serait

d'intégrer cette documentation et cette réflexion à une formation continue admissible aux heures obligatoires, dans le cadre du programme de développement professionnel individuel proposé par l'OIIQ.

Recommandation visant la sécurité lors des déplacements inter unités

Les témoignages des UIIS révèlent que plusieurs infirmières vivent un dilemme professionnel lorsqu'on leur impose un déplacement vers une unité spécialisée sans formation préalable. Elles perçoivent un conflit entre, d'un côté, le respect d'un ordre hiérarchique et, de l'autre, la sécurité des soins et leur propre intégrité professionnelle. Ce tiraillement est aggravé par un sentiment de culpabilité envers le patient si elles refusent de se déplacer, bien qu'elles se disent insuffisamment préparées.

Pour faire face à cette tension, une première recommandation consiste à mieux s'outiller par une consultation proactive des chroniques déontologiques de l'OIIQ (2025).

Par exemple, Brisson et al. (2022) y rappellent que la continuité des soins est synonyme de sécurité du patient, ce qui diffère du simple sentiment de « délaisser » un usager. De même, Létourneau, Côté, et Roy (2022) y précisent que si l'infirmière doit exercer sa profession selon les directives émises par son employeur, la préséance revient aux devoirs déontologiques ainsi qu'à la sauvegarde de son indépendance professionnelle.

En appui à cette perspective, une décision du Tribunal des professions (CanLII, 2005) établit que le Code de déontologie et le Code des professions font parties intégrantes du contrat de travail, conférant à ces obligations professionnelles une force juridique. Ainsi

l'éthique infirmière prime dans l'exercice de la profession, même en contexte de pression organisationnelle. En conséquence, cette recommandation propose que chaque infirmière :

- Prenne le temps de s'informer adéquatement sur ses droits et responsabilités en lien avec les déplacements professionnels;
- Entame une démarche de pratique réflexive pour évaluer les risques cliniques, déontologiques et personnels;
- Milite pour un meilleur accès aux ressources syndicales, notamment par une présence accrue sur les lieux ou la mise à disposition de formulaires simplifiés pour appuyer rapidement les requêtes liées à ces situations problématiques.

Recommandation visant la répartition inéquitable de la charge de travail

La répartition des patients par « blocs » de chambres est souvent vécue comme une distribution inégale de la charge de travail, générant des tensions entre collègues et alimentant le MDPII. Truchon, Brisson, et Roy (2017) rappellent qu'une infirmière compétente doit se montrer attentive, disponible et diligente pour aider ses collègues. Une recommandation serait, qu'après avoir lu la chronique déontologique *Disponibilité et diligence : question de prudence!*, des rencontres à l'amicale, entre collègues infirmières concernées, seraient encouragées par la gestion afin de clarifier les attentes et éviter les malentendus en lien avec la solidarité professionnelle.

Recommandation visant la visibilité professionnelle et l'uniforme

Le vide réglementaire, concernant la tenue vestimentaire des infirmières dans les deux sites étudiés, a été identifié comme une source de dissension et de conflits de valeurs entre les infirmières. Des tensions émergent autour de la couleur de l'uniforme, du port d'objets

religieux ou encore de l'ajout d'ornements à la mode, Ces éléments sont parfois perçus comme incompatibles avec un certain idéal de professionnalisme par plusieurs UIIs. Afin de promouvoir l'équité, et d'apaiser ces tensions, une première recommandation serait que chaque infirmière prenne connaissance de la prise de position de l'OIIQ sur *l'Image professionnelle des infirmières* (OIIQ, 2018). Ce document stipule que l'apparence extérieure ne nuit en rien à la qualité des soins ni au niveau des connaissances ou des compétences détenues. Cette perspective est appuyée par Caldeira, Lourenço, Vidal, et Figueiredo (2017) qui concèdent que l'image corporelle et vestimentaire d'un professionnel de la santé ne constitue pas un prédicteur de compétence ou d'expertise clinique. Ainsi, une lecture éclairée de ces références pourrait favoriser une réconciliation avec un habitus qui donne préséance à l'apparence ou au conformisme, et soutenir un climat de respect mutuel dans les unités de soins. Par ailleurs, en attendant une éventuelle mise à jour des politiques institutionnelles ou une réglementation formelle par le CISSS d'accueil, une autre recommandation consiste à ce que le personnel infirmier, par des démarches collectives et en accord avec la gestion, converge vers un élément distinctif commun tels qu'une couleur unique d'uniforme ou un insigne professionnel. Cela pourrait renforcer la visibilité professionnelle, valoriser le sentiment d'appartenance, et distinguer les infirmières des autres corps professionnels sans imposer de restrictions individuelles.

Recommandation visant l'habitus et la communication professionnelle

En s'inspirant des travaux de Bourdieu (1972), une dernière recommandation sous la pratique souligne que l'habitus, lorsque déployé dans un espace professionnel, ne doit ni entretenir une soumission passive des infirmières, ni alimenter des dynamiques de

domination ou de résistance entre collègues ou entre hiérarchies. Il doit plutôt servir de levier pour une communication professionnelle ouverte, réflexive et ancrée dans le respect mutuel.

Il est recommandé que les établissements de santé mettent en place des espaces formels de dialogue interprofessionnel (p. ex. : cercles de discussion, forums déontologiques, médiations collectives) où les infirmières et les gestionnaires peuvent discuter des enjeux liés aux conflits de valeurs, aux pratiques contraignantes et à la collaboration. Ces espaces devraient viser à :

- Encourager la prise de parole professionnelle, sans crainte de représailles.
- Déconstruire les rapports de pouvoir fondés sur l'ancienneté ou la hiérarchie disciplinaire.
- Favoriser une compréhension partagée des responsabilités professionnelles de chacun.
- Soutenir une culture organisationnelle axée sur la reconnaissance des contributions cliniques et la recherche de compromis en contexte de tension axiologique.

En renforçant ces lieux de parole structurés, l'organisation contribuera à restaurer un équilibre communicationnel, à atténuer le maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers et à soutenir un climat éthique propice au soin.

Gestion

Dans les unités de soins du CISSS d'accueil, l'analyse des artéfacts a mis en lumière une perception généralisée d'oppression du rôle infirmier. Celle-ci est fréquemment associée au panoptisme des bulles (équipes de travail), au manque de visibilité professionnelle des infirmières, à la récurrence du TSO ainsi qu'au non-respect des spécialisations lors de l'IPP. Ces praxis s'apparentent à ce que Peter, Macfarlane, et O'Brien-Pallas (2004) décrivent comme un environnement de travail ne favorisant pas la coopération, mais générant plutôt oppression et souffrance. Bien que les infirmières soient, en tant que salariées, « [...] dans une relation de subordination [...] envers son employeur [...] », le Code civil du Québec (C.c.Q.) stipule que l'employeur « [...] doit prendre les mesures appropriées [...] en vue de protéger la santé, la sécurité et la dignité du salarié ». En cohérence avec cette responsabilité, les recommandations suivantes visent à promouvoir l'équité à tous les niveaux de gestion et à produire un impact positif sur le MDPII.

Recommandation visant le respect des ententes collectives et conciliation travail-vie personnelle

La lettre d'entente No 11 de la convention collective nationale (FIQ, 2021-2023) invite la partie patronale à soutenir une meilleure conciliation entre travail et responsabilités familiales/sociales. Il est recommandé que les AIC et TRH adoptent un style de communication participatif en mettant fin au favoritisme, aux décisions autocratiques et à l'exploitation de brèches légales, pour plutôt démontrer un soutien réel envers les infirmières qui jonglent avec des responsabilités personnelles et parfois des études

universitaires. La planification des horaires, incluant les TSO et les congés, devrait être confiée à des personnes qui connaissent l'unité et ses dynamiques, et qui sont formées pour explorer des alternatives au TSO. Une suggestion concrète serait l'affichage d'une grille de disponibilité volontaire pour les quarts à combler. Par ailleurs, le respect des congés pour fin d'études universitaires devrait être reconnu et soutenu à tous les échelons de gestion. Rizany, Handiyani, Pujasari, Erwandi, et Wulandari (2025) considèrent l'autogestion des horaires comme une avenue intéressante, dont la planification reposerait sur l'établissement d'un calendrier autonome, sur la base de demandes des employés à leurs supérieurs. Cependant, suite aux résultats qu'ils considèrent mitigés, Wynendaele, Gemmel, Pattyn, Myny, et Trybou (2021) voient, en l'autogestion des horaires, un projet pilote intéressant mais qui demande à être nuancé à la lumière du contexte et du processus de mise en œuvre afin de confirmer l'impact qu'il peut causer sur les patients, les infirmières et l'organisation. Le CISSS d'accueil pourrait ainsi se positionner comme un employeur qui valorise une culture organisationnelle équitable, notamment en permettant, sans distinction, l'accès à des horaires de 12 heures ou à des horaires fixes.

Recommandation visant la réévaluation des déplacements dans le cadre de l'IPP

L'IPP, identifiée comme un facteur contribuant au MDPII, doit être revue dans une perspective de sécurité des soins et de reconnaissances des compétences. Il est recommandé que la gestion implique les infirmières dans le processus décisionnel en identifiant les volontaires pour les déplacements, par exemple via un tableau d'affichage. Une meilleure communication permettrait d'aligner les choix de mobilité avec les aspirations professionnelles (stabilité vs diversité des expériences). Il est également

suggéré que la gestion du CISSS prévoit des formations d'appoint avant tout déplacement, de manière à préserver la qualité des soins et réduire les risques liés à une méconnaissance de l'unité d'accueil.

Recommandation visant l'équité dans la répartition de la charge de travail

La charge de travail devrait être attribuée en fonction de la lourdeur des soins requis et non selon des critères arbitraires. Il est recommandé que les gestionnaires de premier niveau engagent une discussion ouverte avec les infirmières, au début de chaque quart de travail, afin de procéder à une répartition concertée et équitable des patients. Ce moment privilégié permettrait une harmonisation entre les exigences de productivité et les valeurs professionnelles infirmières, contribuant ainsi à réduire les tensions et à prévenir le MDPII.

Recommandation visant la clarification du cadre vestimentaire pour améliorer la visibilité professionnelle

Le vide réglementaire entourant la tenue de travail génère confusion et insécurité chez les patients, en plus d'entretenir des dissensions entre collègues. L'OMS (2023) souligne que l'absence de politiques claires nuit à la santé des populations. Il est recommandé que le CISSS d'accueil établisse un règlement vestimentaire inspiré des guides de l'OIIQ et permettant d'identifier aisément le personnel infirmier. Une telle initiative, mise en place par l'hôpital d'Ottawa, s'est avérée positive pour l'optimisation des soins et le bien-être des patients; depuis 2011, l'ensemble du personnel de l'hôpital est requis de se vêtir de façon à faciliter la reconnaissance des rôles de chacun par les patients (Ruszkowski, 8 février 2011). Par exemple, les soignants doivent dorénavant couvrir leur uniforme d'un sarrau blanc; cette nouvelle consigne a facilité l'identification des infirmières et amélioré

la qualité des interactions avec les patients et les autres professionnels de la santé. Pour leur part, Pittman, Gary, et Pepper (2022) encouragent les décideurs à revoir les politiques vestimentaires en tenant compte des points de vue des patients mais, aussi, de la richesse de la diversité en terme de caractéristiques individuelles, sociales et religieuses, et ce, sans discrimination. Une autre recommandation serait de revaloriser les cartes d'identité professionnelles. Il pourrait donc y avoir adoption d'un code de couleur distinctif pour chaque profession ainsi que le repositionnement des cartes d'identité, par exemple sur l'épaule, pour les rendre plus visibles aux patients et aux collègues.

Formation

Les UIIs rencontrées expriment un sentiment de sous-estimation de leur rôle professionnel, sentiment qui, à une échelle plus large, trouve écho dans les résultats mitigés de promotion/prévention de la *Politique de la santé et du bien-être* (Gouvernement du Québec, 1992) et du document subséquent de 2022. Ces politiques témoignent d'un certain éloignement entre la formation universitaire des infirmières, les Chartes de l'OMS (OMS, 1986) et les 19 objectifs de santé pour le Québec (MSSS, 1992), soulignant ainsi un écart persistant entre l'idéologie du soin et les dynamiques institutionnelles dominantes. À cet égard, Oerther et Oerther (2018) considèrent que l'une des voies prometteuses pour contrer le MDPII réside dans une meilleure compréhension, par les infirmières, des influences externes qui entravent l'exercice de leur rôle professionnel. Foucault (1975) a lui-même souligné que « [...] pouvoir et savoir s'impliquent directement l'un l'autre [...] » (1975, p. 32) tandis que l'autrice Ceci (2008) a défendu l'idée que l'ontologie de la pratique infirmière devrait être ancrée dans le développement d'un pouvoir d'agir

responsable envers les patients, un pouvoir dont les fondements sont en grande partie académique. Signal (1998) renforce cette position en affirmant que la promotion de la santé ne peut être dissociée d'une compréhension des « [...] influences politiques sur notre travail [...] » (Signal, 1998, pp. 262, traduction libre). En d'autres termes, il devient essentiel de sensibiliser les futurs professionnels à la pluralité idéologique qui traverse les milieux hospitaliers, et ce, notamment à travers la grille d'analyse du pouvoir telle que théorisée par Foucault, ou encore à travers les tensions éthiques décrites par Nikbakht Nasrabadi et al. (2019). Dans cette perspective, Clinton et Springer (2016) plaident pour l'intégration d'un cursus académique à inspiration foucaldienne, propice à l'introspection critique et à la réflexion philosophique profonde. Nikbakht Nasrabadi et al. (2019) insistent également sur la nécessité d'outiller les infirmières pour qu'elles puissent naviguer dans un système de santé où plusieurs formes d'éthique coexistent parfois en tension axiologique. Enfin, la FSI (2021) appelle à un changement de culture professionnelle pour que les infirmières puissent assumer pleinement leur autorité et participer activement aux décisions de soins, changement qui requiert un parcours universitaire solide, une mobilisation collective et le soutien de l'OIIQ.

Recommandation visant la formation universitaire et l'analyse des rapports de pouvoir

Une première recommandation est que l'ensemble du personnel infirmier travaillant dans les unités de soins du CISSS d'accueil bénéficie d'un cursus universitaire intégrant une formation approfondie sur les influences des pouvoirs externes, notamment ceux qui s'assurent de l'encadrement de « [...] ses gestes, de ses conduites par un système d'autorité et de savoir [externe à sa discipline] » (Foucault, 1975, p. 133). La recommandation serait

que les universités puissent développer ce contenu et le rendre accessible sous forme de formation continue, afin de permettre aux infirmières et infirmiers de mieux comprendre les dynamiques d'assujettissement qui traversent leur pratique quotidienne. Ce type de formation favoriserait une prise de conscience critique des mécanismes qui alimentent le MDPII, notamment en dotant les professionnels d'outils conceptuels pour identifier les pratiques sociales oppressives, développer une posture réflexive face aux injonctions contradictoires et réaffirmer leur rôle professionnel dans une perspective de défense des soins sécuritaires et de qualité. En ce sens, renforcer le pouvoir d'agir individuel et collectif à travers l'éducation constitue un levier clé pour freiner la normalisation du MDPII et revaloriser l'autorité professionnelle infirmière dans les milieux cliniques.

Recommandation visant la préparation au rôle d'AIC et le développement du leadership infirmier

Comme plusieurs infirmières accèderont éventuellement à un poste d'AIC au cours de leur carrière, une recommandation s'inspire des travaux de Wolfe (2022) qui souligne l'importance d'un encadrement adéquat pour assumer ce rôle. Plusieurs ressources pourraient guider une telle préparation, par exemple : les standards de pratique proposés par Brousseau (2019) pour encadrer les infirmières gestionnaires en soins infirmiers, le modèle de développement du leadership de Mathieu, Bell, Ramelet, et Morin (2016) ou encore la formation standardisée conçue expressément pour les AICs et validée par Jubinville, Longpré, et Tchouaket Nguemeleu (2023). Une telle formation permettrait non seulement une meilleure compréhension des responsabilités liées au leadership clinique,

mais aussi une conscientisation aux dynamiques de pouvoir qui influencent les relations professionnelles et la qualité des soins.

Politique

Les résultats de cette recherche mettent en lumière l'impact structurel du maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers (MDPII), dont les causes systémiques dépassent largement les pratiques locales ou organisationnelles. Il devient donc impératif de formuler des recommandations politiques capables d'influencer les décisions législatives, réglementaires et administratives afin de protéger la santé psychologique des professionnels de la santé et de garantir la qualité des services offerts à la population.

Recommandation visant la reconnaissance législative du MDPII comme risque psychosocial professionnel

Une première recommandation vise l'inclusion explicite du MDPII dans les politiques publiques en santé au travail. Bien que la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) couvre certains aspects de la santé psychologique, la détresse psychologique chronique, liée à l'organisation du travail infirmier, reste insuffisamment reconnue. Il est suggéré que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), ajoute le MDPII à la liste des risques psychosociaux encadrés et recommande des mesures spécifiques de prévention dans les établissements de santé.

Recommandation visant la mise en place d'un mécanisme d'audit indépendant des pratiques managériales

Les témoignages recueillis ont mis en lumière la récurrence de pratiques de gestion problématiques (gérance discrétionnaire, TSO, favoritisme, vide réglementaire) perçues comme sources de détresse psychologique. Une recommandation serait de créer, sous l'égide du MSSS, un organisme indépendant chargé d'auditer régulièrement les pratiques de gestion des établissements publics de santé en matière de conditions de travail du personnel infirmier. Ces audits devraient inclure des indicateurs qualitatifs et quantitatifs liés à la reconnaissance professionnelle, à la participation décisionnelle et à la sécurité psychologique au travail.

Recommandations visant un soutien financier et législatif à la conciliation travail-famille dans les professions de soin

Considérant que la conciliation travail-famille représente une source majeure de tension alimentant le MDPII, il est recommandé que les politiques québécoises, en matière de conciliation travail/famille, incluent des mesures ciblées pour les infirmières. Cela pourrait passer par des incitatifs financiers aux établissements qui adoptent des horaires flexibles et par l'élargissement des dispositions de la Loi sur les normes du travail concernant les congés pour obligations familiales dans les milieux hospitaliers.

Recommandations visant la valorisation politique du rôle infirmier dans les politiques de santé publique

Une dernière recommandation concerne la nécessité de faire du rôle infirmier un pilier explicite des politiques de santé publique. Trop souvent considéré comme une ressource

adaptable ou interchangeable, le rôle infirmier doit être reconnu pour son expertise propre, notamment en promotion de la santé et en prévention de la maladie. Il est suggéré que les programmes ministériels de santé publique identifient les soins infirmiers comme levier stratégique dans l'atteinte des objectifs de santé populationnelle, en cohérence avec les Chartes de l'OMS.

Contributions et retombées possibles de la présente étude

Bartunek et Rynes (2010) insistent sur l'importance de produire des résultats de recherche qui allient rigueur et pertinence, particulièrement lorsqu'ils s'adressent à des praticiennes et praticiens. En cohérence avec l'approche postmoderniste adoptée dans cette recherche, la pertinence des résultats repose ici sur la volonté de réduire le fossé entre la recherche et la pratique clinique, dont le cœur demeure le soin humain. Les contributions scientifiques et pratiques qui suivent illustrent la portée disciplinaire et sociale de cette étude, rendue possible par l'adoption d'un cadre d'analyse novateur et d'une méthodologie originale. Si ces contributions s'appuient sur des savoirs existants, c'est l'agencement inédit des concepts et des principes qui a permis de capter l'essence du phénomène étudié, et ce, tant du point de vue disciplinaire qu'interdisciplinaire.

Contribution d'une démarche de problématisation au champ disciplinaire

En s'appuyant sur une étude de cas multiples, la présente étude a mobilisé une démarche de problématisation qui s'éloigne de la stratégie conventionnelle de l'identification des lacunes (*Gap Spotting*); Alvesson et Sandberg (2011) affirment d'ailleurs que cette dernière approche est « [...] également répandue dans la recherche qualitative-inductive. » (p. 249, traduction libre). Dans le cas de l'étude du MDPII, la

démarche de problématisation a su montrer sa valeur en permettant d'explorer un phénomène social complexe de manière critique et contextualisée. Ce type de démarche pourrait ainsi constituer un apport méthodologique significatif pour les recherches futures en sciences infirmières, particulièrement lorsque celles-ci cherchent à étudier des situations humaines inscrites dans des environnements relationnels et organisationnels.

Dans cette perspective, l'apport de Thomas Kuhn à la réflexion paradigmatique en sciences infirmières demeure pertinent. Si Ramos (1987) soulignait la nécessité de repenser les fondements philosophico-empirique de la discipline, encore trop ancrés dans les modèles issus des sciences physiques et des expériences en laboratoire, Jovic (2024) rappelle que « Pour Kuhn, le développement de la science relève d'un processus dynamique qui procède par étapes selon un schéma cyclique et hélicoïdal. » (p. 68). Ainsi, il devient possible de concevoir que la stratégie de l'identification des lacunes (*Gap Spotting*) puisse avoir atteint ses limites dans l'étude de certains phénomènes complexes, tel que le MDPII.

Cette démarche de problématisation est aussi intimement liée à l'approche pluraliste adoptée dans la présente étude. Le recours à une pluralité disciplinaire, combiné à l'usage d'artéfacts-cas comme sources d'inspiration méthodologique, a enrichi l'analyse du MDPII. Nazon et Perron (2014) défendent cette ouverture disciplinaire en soulignant qu'elle permet aux chercheures infirmières d'élargir leur perspective et de produire des analyses plus riches, sans menacer pour autant l'intégrité de la discipline infirmière. Cette ouverture constitue, selon ces autrices, un levier de développement sans précédent pour les savoirs infirmiers.

Johnson et Webber (2015) abonderaient dans le même sens en appelant à redorer le blason de la discipline par une plus grande ouverture aux savoirs connexes. Nairn et Pinnock (2017), quant à eux, rappellent qu'une méthode de recherche pertinente ne devrait pas se contenter d'idéalistes académiques, mais plutôt proposer des résultats transférables et utiles. En somme, « sortir des sentiers battus » s'avère une nécessité pour produire un impact scientifique et social durable.

Contribution de l'ACÉPSI : projecteur sur l'étude de phénomènes sociaux

Pour évaluer l'apport de l'ACÉPSI, il convient d'interroger la place qu'occupent les savoirs infirmiers dans l'analyse des phénomènes sociaux. En effet, si les infirmières sont appelées à accompagner des personnes vivant des expériences uniques sur le continuum santé/maladie (OIIQ, 2010), leur discipline gagne à se doter de cadres qui rendent compte de cette complexité. En ce sens, l'ACÉPSI s'est avéré un outil particulièrement pertinent pour examiner le MDPII en milieu hospitalier, un contexte où travaille la majorité des infirmières du Québec (Marleau, 2021). Puisque le phénomène du MDPII se situe à l'intersection de plusieurs champs disciplinaires – dont les sciences infirmières, le management, la sociologie et même l'anthropologie – l'ACÉPSI constitue un cadre potentiellement fécond pour d'autres recherches abordant les formes de violence symbolique dans les milieux organisationnels. Sa version relativisée, proposée en fin d'analyse, ouvre en outre la voie à l'étude de dispositifs qui pourraient, à terme, réduire les effets négatifs du MDPII sur la santé des infirmières et des patients.

Forces et limites de l'étude

Le chapitre Discussion clôt traditionnellement une recherche par une présentation ordonnée des forces et limites de l'étude. Mais en invoquant Cunliffe (2003), pour qui la réflexivité engage le chercheur à saisir le fondement de son expérience sociale, l'option retenue fut plutôt d'en faire une mise en relief intégrée. Alvesson et Sköldberg (2000) soulignent d'ailleurs qu'isoler ces dimensions revient à en faire des entités figées, ce qui ne rend pas justice à leur interdépendance. Ainsi, certaines limites contiennent des forces implicites, et vice versa.

Concernant la posture de l'étudiante en recherche doctorale: forces et limites entremêlées

Ma position d'infirmière, proche du terrain, constitue une limite en tant que position émique (Leininger, 1998) qui aurait pu teinter l'interprétation des résultats d'une vision préconçue. Cependant, cette même proximité représente une force puisqu'elle a permis une lecture fine des pratiques, une reconnaissance rapide des dynamiques significatives et une mobilisation pertinente de la littérature spécialisée sur la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers. Cette même coexistence force/limite préside à l'écriture de la forme, du contenu et de l'intégrité des résultats de la présente recherche.

Concernant la forme de l'étude

La création de l'ACÉPSI comme consolidation sociophilosophique novatrice constitue une force importante de l'étude. Elle repose sur une démarche critique et sur une volonté assumée de sortir « des sentiers battus » au moyen d'une démarche de problématisation (Alvesson & Sandberg, 2014). Toutefois, cette originalité méthodologique et

épistémologique représente aussi une limite potentielle, car elle peut déconcerter des chercheurs habitués à des formes plus classiques.

Par ailleurs, l'organisation rigoureuse et séquencée des diverses étapes peut apparaître, à tort, comme une structure quantitative, ce qui constituerait une limite au regard du positionnement phénoménologique de l'étude. Pourtant, cette structuration a favorisé la clarté, la progression logique de l'analyse et la mise en lumière du mécanisme central du MDPII, ce qui en fait une force.

Concernant le contenu

L'absence de données sociodémographiques, souvent considérée comme une limite, visait ici à mettre l'accent sur les praxis plutôt que sur les profils individuels. Cette décision, assumée, renforce l'universalité des résultats et constitue donc une force épistémologique.

De ne pas avoir interviewé les AICs représente certainement une limite de l'étude. Cependant, ce choix est dû au caractère original de cette thèse; aucune recherche antérieure n'a étudié le maintien de la détresse psychologique comme pratique sociale contextualisée. Ce début modeste a permis d'explorer la solidité de cette perspective.

De plus, le choix d'artéfacts-cas comme catalyseurs de récits a généré des témoignages d'une richesse exceptionnelle. Leur caractère symbolique a déclenché une narration incarnée et engagée, ce qui représente une contribution méthodologique originale.

L'utilisation de références antérieures à cinq ans pourrait être perçue comme une limite par certains évaluateurs. Toutefois, le contexte pandémique justifie le recours à des travaux

pré-COVID pour ne pas biaiser l'analyse du phénomène du MDPII. En appui, Bourdieu dira à Wacquant que si le manque de récence des références cause une brèche à « [...] des facultés [universitaires] qui dépendent [...] des pouvoirs temporels [...] le but de la recherche est de découvrir des invariants transhistoriques ou des ensembles de relations entre des structures relativement stables et durables. » (Bourdieu & Wacquant, 1992, p. 51).

Une autre limite possible concerne le recours à un seul informateur-clé, lequel fut assigné par le CISSS d'accueil. Cela pourrait avoir limité sa liberté d'expression, bien que l'impact réel de cette contrainte demeure difficile à évaluer.

Enfin, certains pourraient percevoir comme une limite disciplinaire l'ancrage sociophilosophique et pluraliste adopté. En réponse, Nazon et Perron (2014) ainsi que Bartunek et Rynes (2010) plaident au contraire pour un élargissement des paradigmes afin d'assurer le développement des savoirs infirmiers dans une logique transdisciplinaire.

Concernant l'intégrité des résultats

L'utilisation de la visioconférence (Zoom) pour les entrevues peut soulever une limite méthodologique en lien avec la qualité de la communication non verbale. Cependant, toutes les UIIs ont préféré cette formule à une rencontre en présentiel. Ce choix a permis de rehausser l'authenticité des échanges, notamment en offrant une flexibilité spatiotemporelle (soir, domicile) favorable à l'expression libre. Quant à la compétence de proximité virtuelle de l'étudiante en recherche doctorale, son expérience d'enseignement

sur cette plateforme a facilité l'interprétation des silences, malaises ou expressions non verbales.

Quant à la limitation apparente du nombre de participantes et du contexte unique, elle est compensée par un fondement théorique solide. En effet, la concordance entre les dimensions de détresse psychologique exprimées, et les pôles d'Ilfeld (1976), offre une base robuste pour envisager une transférabilité des résultats à d'autres contextes.

Concernant les limites inexplorées

Cette étude a ouvert de nombreuses pistes, sans toutefois pouvoir toutes les explorer. Il s'agit d'une limite importante, liée au format de la thèse, mais également d'une force car elle trace des avenues pour de futures recherches, par exemple, sur la défragmentation des idées fondamentales, sur les liens entre les savoirs scientifiques et les pratiques organisationnelles, sur les impacts du MDPII sur d'autres disciplines ou encore sur la santé des populations.

Le chapitre en bref...

Ce chapitre vient clore une recherche qui, au-delà de la compréhension d'un phénomène social, s'est révélée être un parcours jalonné de rencontres fécondes, de réflexions profondes et de découvertes significatives. Plusieurs éléments marquent la richesse de ce cheminement :

- L'analyse critique de l'ACÉPSI, et son évolution vers une version relativisée, représentent un aboutissement marquant de cette étude. Cette transition met en lumière l'apport original de l'ACÉPSI comme consolidation sociophilosophique

des auteurs-clés, tout en ouvrant la voie à un cadre plus souple et adapté aux enjeux du terrain.

- Le retour à la littérature scientifique, entrepris pour faire écho aux résultats, a permis d'approfondir la compréhension des pratiques sociales en lien avec les trois objectifs spécifiques. Cette résonance entre les données et les écrits met en lumière la cohérence du MDPII avec des phénomènes reconnus, tout en soulignant sa portée originale.
- Les recommandations formulées sont orientées vers les réalités du terrain. Elles visent à rétablir une équité professionnelle, à soutenir la qualité des soins et à agir concrètement sur les mécanismes du MDPII pour en réduire la normalisation.
- Les contributions de l'étude confirment l'utilité d'un pluralisme assumé en recherche. Elles soulignent le potentiel interdisciplinaire de l'ACÉPSI en tant que cadre réflexif et critique, capable de nourrir un corpus de connaissances en sciences infirmières tout en dialoguant avec la sociologie, le management et la philosophie.
- La section sur les forces et les limites a permis de mettre en relief les éléments saillants de la recherche, en adoptant une approche intégrative. Plutôt que de les présenter comme des opposés figés, ils sont abordés comme des tensions fécondes, des polarités qui orientent le regard vers ce que les chercheurs futurs devront prendre en compte pour poursuivre l'exploration du MDPII.

La conclusion qui suit proposera, en quelques lignes, une synthèse réflexive du parcours accompli. Elle incarnera à la fois le point d'orgue d'un engagement académique

soutenu et le prolongement d'une trajectoire professionnelle profondément enracinée dans la réalité du soin.

Conclusion

L'introduction ayant laissé la lectrice et le lecteur en suspens, voici venu le temps de faire le point sur le dénouement de la présente recherche.

À la lumière d'une réflexivité radicale autocritique (Cunliffe & Jun, 2005), il est maintenant possible de prendre du recul et exprimer un contentement sincère : malgré certaines voix qui jugeaient le sujet de la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers comme étant « épuisé », cette étude sur le maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et infirmiers (MDPII) a su démontrer toute sa pertinence. Le MDPII fait toujours partie des enjeux psychologiques au travail (Dejours, 2016) et les infirmières y sont encore confrontées aujourd’hui (Fadzil et al., 2021; Huang et al., 2021), même si le phénomène est clairement documenté dans la littérature scientifique.

En rupture avec les approches classiques d'identification des lacunes (*Gap Spotting*) (Alvesson & Sköldberg, 2018), cette étude s'est appuyée sur une démarche de problématisation (Alvesson & Sandberg, 2011) et sur l'étape du Box-Breaking (Alvesson & Sandberg, 2014), révélant que le MDPII n'existe pas de manière isolée, mais s'incarne dans un mécanisme collectif et systémique. La consolidation des auteurs-clés au sein de l'ACÉPSI a permis de révéler l'architecture de ce mécanisme et d'en identifier les rouages profonds.

À travers les témoignages recueillis se sont dessinées les praxis contraignantes de la DPII et du MDPII, et finalement, la normalisation du MDPII. Ce processus, omniprésent,

révèle des conditions de travail en contradiction flagrante avec les bonnes pratiques recommandées pour un milieu de travail sain et sécuritaire par la Commission canadienne des droits de la personne (CCDP, 2023). Pour y répondre, la parole a été donnée aux unités informationnelles infirmières (UIIs), dont les voix ont levé le voile sur les mécanismes sociaux au cœur de cette normalisation.

La clé de voûte de cette compréhension se trouve dans l'hystérisis de l'habitus (Bourdieu, 1980) qui maintient les acteurs dans une zone de confort malgré les atteintes au bien commun. Grâce à l'utilisation des artefacts-cas, les témoignages ont mis en lumière la banalisation de praxis qui dévalorisent non seulement le rôle infirmier (ex. : distribution technocrate des patients, non reconnaissance des spécialités, manque de visibilité), mais aussi les personnes elles-mêmes (p. ex. : entraves à la conciliation travail-famille, favoritisme, jugement à propos de l'uniforme).

Face à ces réalités, certaines infirmières ont démissionné. Celles qui sont restées ont exprimé un attachement fort aux patients, malgré une incapacité de recourir aux mécanismes institutionnels de soutien comme le Programme d'aide aux employés (PAE) ou les plaintes syndicales. Faute de temps, plusieurs se sont résolues à des réactions impulsives et isolées.

Plutôt que d'adopter une posture de dénonciation unilatérale, cette étude, fidèle à la réflexivité suggérée par Cunliffe et Jun (2005), reconnaît que les leviers d'amélioration sont partagés. D'un côté, une culture du soin devrait être adoptée par la gestion; de l'autre, une prise de conscience du rôle professionnel s'impose chez les infirmières. Le

changement durable s'enracine, selon Van Manen (2014, 2023), dans une transformation intérieure, individuelle, et non uniquement structurelle. C'est pourquoi une version relativisée de l'ACÉPSI a été proposée, où l'appareil de justification axiologique cède sa place à un appareil de relativisation interdimensionnel : un espace de compromis, fondé sur la reconnaissance mutuelle des valeurs, des tensions et de la volonté de préserver le bien commun.

Les UIIs ont ainsi offert un tremplin méthodologique pour l'étude d'autres phénomènes liés à la reproduction sociale, où les conflits de valeurs sont réglés (ou non) par des mécanismes de domination. L'avenir de cette recherche pourrait s'ouvrir vers d'autres unités, d'autres professions, ou encore vers une réflexion approfondie sur l'impact du MDPII sur la santé populationnelle et l'organisation physique du soin. Les artéfacts, devenus témoins silencieux, pourraient inspirer de nouvelles conceptualisations de la détresse psychologique chez les travailleuses et travailleurs sous contrainte. Dans cette perspective, et en écho à Frey (2003) qui critique les logiques académiques de performance, les projets d'avenir de l'étudiante en recherche doctorale sont avant tout tournés vers la démocratisation des savoirs. Ainsi, un cours universitaire dédié au MDPII est en gestation, où il y aurait création d'un espace pour penser, nommer et discuter sans détour la complexité de ce phénomène.

Comme le rappellent Cunliffe, Aguiar, Góes et Carreira (2020), la réflexivité oblige à perturber les évidences, à mettre en lumière les tensions et les valeurs qui sous-tendent nos pratiques. C'est ce que cette thèse s'est efforcée de faire en mobilisant une approche pluraliste (Nazon & Perron, 2014), à la croisée des sciences infirmières et des théories

sociales. En ce sens, l'ACÉPSI pourrait devenir une matrice interdisciplinaire réutilisable, pour étudier d'autres formes de détresse ou de violence symbolique, parfois même dans d'autres disciplines. Ainsi, le MDPII ne serait plus une fin, mais un point de départ.

Avant de poser le point final, il importe de souligner ma profonde reconnaissance pour ces années consacrées à mieux comprendre la dynamique psychosociale du travail infirmier et les souffrances souvent silencieuses qui l'accompagnent. Puisse ce travail contribuer à faire entendre ces voix, à susciter la réflexion et, peut-être, à ouvrir des voies nouvelles pour l'avenir du soin.

Références

- Abuhussein, T., Koburtay, T., & Syed, J. (2021). A eudaimonic perspective on prejudice and female workers' psychological well-being. *Gender in Management: An International Journal*, 36(3), 309-328. doi: 10.1108/GM-12-2019-0265
- AGA. (2019). Commentaires du Conseil d'administration de l'OIIQ à l'égard des propositions de l'Assemblée générale annuelle tenue le 25 novembre 2019. In Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Éd.), *Assemblée générale annuelle, AGA* (pp. 18).
- Ahmed, H. E. B., & Bourgeault, I. L. (2022). Soutenir les soins infirmiers au Canada Une série de solutions coordonnées fondées sur des données probantes visant à soutenir la main-d'œuvre infirmière maintenant et demain. Ottawa: Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.
- AIIC. (2009). La prochaine décennie: la vision de l'AIIC des soins infirmiers et de la santé. *infirmière canadienne*, 10(8), 9-15.
- AIIC, & AIIQ. (2010). La fatigue des infirmières et la sécurité des patients. Rapport de recherche. Ottawa.
- Al-Abdallah, A. M., & Malak, M. Z. (2019). Factors correlating with prolonged fatigue among emergency department nurses. *Journal of Research in Nursing*, 24(8), 571-584. doi: 10.1177/1744987119880309
- Al-Akash, H., Aldarawsheh, A., Elshatarat, R., Sawalha, M., Saifan, A., Al-Nsair, N., . . . Eltayeb, M. (2024). "We do others' Jobs": a qualitative study of non-nursing task challenges and proposed solutions. *BMC Nursing*, 23(1), 478.
- Al Maqbali, M. (2024). Job satisfaction, work engagement and psychological distress among nurses: A mediated moderation model. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 1-16. doi: 10.1080/15555240.2024.2391891
- Alahiane, L., Ikrou, A., Ventriglio, A., Essaffani, H., Zaam, Y., Abouqal, R., & Belayachi, J. (2024). Psychological distress among nurses: Exploring the role of support in the work-place in Morocco. *International Journal of Social Psychiatry*. doi: 10.1177/00207640241294200
- Ali, M. (2024). Lean Six Sigma Body of Knowledge for Healthcare Industry Administrators. *The Journal of Technology Studies*, 48(1), 18-32.

- Allard-Poesi, F., & Loilier, T. (2009). Qu'est-ce que la critique en Sciences du Management ? Que pourrait-elle être ? *IDEAS Working Paper Series from RePEc*.
- Almeida, O. P., Macleod, C., Ford, A., Grafton, B., Hirani, V., Glance, D., & Holmes, E. (2014). Cognitive bias modification to prevent depression (COPE): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 15, 282. doi: 10.1186/1745-6215-15-282
- Almost, J., Wolff, A. C., Stewart-Pyne, A., McCormick, L. G., Strachan, D., & D'Souza, C. (2016). Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 72(7), 1490-1505. doi: 10.1111/jan.12903
- Alshawish, E., & Nairat, E. (2020). Burnout and psychological distress among nurses working in primary health care clinics in West Bank-Palestine. *International Journal of Mental Health*, 49(4), 321-335. doi: 10.1080/00207411.2020.1752064
- Altinöz, Ü., & Demir, S. (2017). Intensive care nurses' perceptions of their work environment, psychological distress and the factors that affect them. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(2), 95-101. doi: 10.14744/phd.2017.03016
- Alvesson, M. (2000). The critical tradition: critical theory and postmodernism. Dans M. Alvesson & S. Deetz (Éds.), *Doing Critical Management Research* (pp. 232). London: Sage Publications.
- Alvesson, M. (2003). Beyond neopositivists, romantics, and localists: A reflexive approach to interviews in organizational research. *Academy of Management. The Academy of Management Review*, 28(1), 13-33. doi: 10.5465/AMR.2003.8925191
- Alvesson, M. (2018). *Organization Theory and Technocratic Consciousness : Rationality, Ideology and Quality of Work*. Berlin/Boston: De Gruyter, Inc.
- Alvesson, M., & Deetz, S. (2000a). *Doing Critical Management Research*. London: Sage Publications.
- Alvesson, M., & Deetz, S. (2000b). *Doing Critical Management Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Alvesson, M., Gabriel, Y., & Paulsen, R. (2017). *Return to Meaning: A Social Science with Something to Say*. Oxford: Oxford University Press.
- Alvesson, M., & Trreman, D. (2011). *Qualitative Research and Theory Development : Mystery as Method*. London: Sage Publications Ltd.

- Alvesson, M., & Sandberg, J. (2011). Generating research questions through problematization. *Academy of Management Review*, 36(2), 247-271. doi: 10.5465/amr.2009.0188
- Alvesson, M., & Sandberg, J. (2014). Habitat and Habitus: Boxed-in versus Box-Breaking Research. *Organization Studies*, 35(7), 967-987. doi: 10.1177/0170840614530916
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2000). On reflexive interpretation: the play of interpretive levels. *Chapter*, 7, 238-292.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2009). On Reflexive Interpretation: The Play of Interpretive Levels. Dans M. Alvesson & K. Sköldberg (Éds.), *Reflexive Methodology : New Vistas for Qualitative Research* (2 éd., pp. ix, 350 p.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2018). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research* (3 éd.). Los Angeles: SAGE.
- Alvesson, M., & Willmott, H. (2012). *Making sense of management : a critical introduction* Repéré à WorldCat database Repéré à <http://site.ebrary.com/id/10568211>
- Amati, M., Tomasetti, M., Ciuccarelli, M., Mariotti, L., Miria Tarquini, L., Bracci, M., . . . Santarelli, L. (2010). Relationship of Job Satisfaction, Psychological Distress and Stress-Related Biological Parameters among Healthy Nurses. *Journal of Occupational Health*, 52(1), 31.
- Andersson Marchesoni, M., Axelsson, K., & Lindberg, I. (2014). Digital support for medication administration. *Journal of Health Organization and Management*, 28(3), 327-343. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/JHOM-11-2012-0222>
- Arzouman, J. (2015). AMSN President's Message. Got Resilience? *MEDSURG Nursing*, 24(6), 377-436.
- Atkinson, W. (2020). Luc Boltanski's pragmatic sociology: A Bourdieusian critique. *European Journal of Social Theory*, 23(3), 310-327. doi: 10.1177/1368431019855004
- Austin, J. L., & Warnock, G. J. (1962). *Sense and sensibilia* (Vol. 83): Clarendon Press Oxford.
- Badriyah, F. L., Suarilah, I., Tarihoran, D. E. T. A. U., Saragih, I. D., & Lee, B.-O. (2025). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Psychological Distress

- in Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. *Nursing & Health Sciences*, 27(1). doi: 10.1111/nhs.70036
- Baert, P., & Silva, F. C. d. (2010). *Social theory in the twentieth century and beyond* (2nd ed. éd.). Cambridge: Polity.
- Bagley, C., Abubaker, M., & Sawyerr, A. (2018). Personality, Work-Life Balance, Hardiness, and Vocation: A Typology of Nurses and Nursing Values in a Special Sample of English Hospital Nurses. *Administrative Sciences (2076-3387)*, 8(4), 79. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/admisci8040079>
- Bakibinga, P., Vinje, H., & Mittelmark, M. (2014). The Role of Religion in the Work Lives and Coping Strategies of Ugandan Nurses. *Journal of Religion & Health*, 53(5), 1342-1352. doi: 10.1007/s10943-013-9728-8
- Barnett, M. D., Moore, J. M., & Garza, C. J. (2019). Meaning in life and self-esteem help hospice nurses withstand prolonged exposure to death. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 775-780. doi: 10.1111/jonm.12737
- Barnett, M. D., & Ruiz, I. A. (2018). Psychological distress and compassion fatigue among hospice nurses: The mediating role of self-esteem and negative affect. *Journal Of Palliative Medicine*, 21(10), 1504-1506. doi: 10.1089/jpm.2017.0662
- Barondeau, R. (2015). *La collaboration wiki : critiques, justifications et perspectives : le cas du nouveau Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)*. Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/8546/1/D2988.pdf>
- Barr, P. (2024). Dispositional stress coping styles and mental health in NICU nurses. *Journal of Neonatal Nursing*, 30(3), 283-287. doi: 10.1016/j.jnn.2023.10.009
- Barrett, T. (2018). Bourdieu, Hysteresis, and Shame: Spinal Cord Injury and the Gendered Habitus. *Men and Masculinities*, 21(1), 35-55. doi: 10.1177/1097184X16652658
- Bartunek, J. M., & Rynes, S. L. (2010). The Construction and Contributions of "Implications for Practice": What's in Them and What Might They Offer? *Academy of Management Learning & Education*, 9(1), 100-117. doi: 10.5465/AMLE.2010.48661194
- Bazazan, A., Dianat, I., Rastgoo, L., & Zandi, H. (2018). Relationships between dimensions of fatigue and psychological distress among public hospital nurses. *Health Promotion Perspectives*, 8(3), 195-199. doi: 10.15171/hpp.2018.26

- Behrens, Y., & Cassens, C. (2021). Competences in Health Network Management (Com.HeNet). *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_3). doi: 10.1093/eurpub/ckab164.772
- Benner, P. (1982). From novice to expert... the Dreyfus Model of Skill Acquisition. *AJN American Journal of Nursing*, 82, 402-407.
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219-234. doi: 10.1177/1468794112468475
- Bergeron, C. (2016). *Effet de la pleine conscience implicite sur le bien-être individuel*. Université du Québec à Montréal. Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/9809/> Disponible chez Érudit : <http://retro.erudit.org/> Érudit database.
- Bernz, I. M., Pedro, G. O., Tanaka, M., Tanaka, S., & Nita, M. E. (2022). PD60 What Are The Opportunities And Challenges To Implementing Value Based Healthcare Pilots In The Brazilian Private Healthcare System? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 38(Suppl 1), S112-S113. doi: 10.1017/S0266462322003178
- Berry, P. A., Gillespie, G. L., Fisher, B. S., Gormley, D., & Haynes, J. T. (2016). Psychological Distress and Workplace Bullying Among Registered Nurses. *Online Journal of Issues in Nursing*, 21(3), 4-4. doi: 10.3912/OJIN.Vol21No03PPT41
- Bertrand, C., & Tremblay, S. (2021). Des discours féministes en tension : le cas du programme Éthique et culture religieuse. *Recherches féministes*, 34(2), 165-181.
- Best, K. C. (2010). A Chakra System Model of Lifespan Development. *International Journal of Transpersonal Studies*, 29(2), 11-27.
- Bhaskar, R., & Danermark, B. (2006). Metatheory, Interdisciplinarity and Disability Research: A Critical Realist Perspective. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8(4), 278-297. doi: 10.1080/15017410600914329
- Boamah, S., A., Kalu, M., E., Havaei, F., McMillan, K., & Belita, E. (2023). Predictors of Nursing Faculty Job and Career Satisfaction, Turnover Intentions, and Professional Outlook: A National Survey. *Healthcare*, 11(2099), 2099.
- Boileau, J.-Y. (2006). L'affection des infirmières dans les secteurs ambulatoires, comment associer mobilité et compétences. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/ds/boileau>.

- Boltanski, L. (2005). Mettre en cause - Une sociologie de l'engagement dans la critique. *Coffret Frontières*.
- Boltanski, L. (2011). Les rapports de domination dans la société capitaliste démocratique. Dans R. Dervaux (Ed.), *Ces industries qui gouvernent le monde* (pp. 215-238). Toulouse: Midi-Pyrénées Impression.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). *De la justification Les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (2022). *De la justification Les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Borges, E. M. d. N., Sequeira, C. A. d. C., Queirós, C. M. L., & Mosteiro-Díaz, M. P. (2021). Workaholism, engagement and family interaction: Comparative study in portuguese and spanish nurses. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 731-740. doi: 10.1111/jonm.13213
- Botte, S. (2002). La polyvalence comme stock de compétences: formes de despecialization et flexibilite: le cas d'un etablissement des services financieres de la Poste. *Cahier de recherche de l'ESC, Lille*(1-2).
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R., & Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 136-153. doi: 10.7202/031589ar
- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique : Précédé de « Trois études d'ethnologie kabyle »*. Genève: Librairie Droz.
- Bourdieu, P. (1976). Les modes de domination. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2(2), 122-132. doi: <https://doi.org/10.3406/arss.1976.3456>
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1979). Les trois états du capital culturel. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 30(1), 3-6. doi: 10.3406/arss.1979.2654
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*: Paris Editions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1986a). The Forms of Capital. Dans J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241-258). Westport, CT: Greenwood.

- Bourdieu, P. (1986b). Habitus, code et codification. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 64, 40-44. doi: <https://doi.org/10.3406/arss.1986.2335>
- Bourdieu, P. (1987a). *Choses dites*. Paris: Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1987b). *What Makes a Social Class? On The Theoretical and Practical Existence Of Groups*. Communication présentée à la Dean's Symposium: Gender, Age, Ethnicity and Class: Analytical Constructs or Folk Categories?, University of Chicago.
- Bourdieu, P. (1993). À propos de la famille comme catégorie réalisée. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 100(1), 32-36.
- Bourdieu, P. (1994). Stratégies de reproduction et modes de domination. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 105(5), 3-12.
- Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes*: Paris Seuil.
- Bourdieu, P. (2001). *Langage et pouvoir symbolique* (Ed. rev. et augm. par l'auteur éd.). Paris: Fayard.
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (2016). *Les héritiers: les étudiants et la culture*. Paris: Les éditions de Minuit.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). Réponses: pour une anthropologie réflexive, Paris: Seuil. *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*.
- Bourdieu, P., Wacquant, L. c., & Ollion, E. t. (2014). *Invitation à la sociologie réflexive* ([Nouvelle édition] éd.). Paris: Seuil.
- Bourque, C. J., Martisella, M., & Marquis, M.-A. (2023). Les enjeux des soins palliatifs pédiatriques en milieu hospitalier tertiaire: portrait d'une culture interdisciplinaire porteuse d'espoir. *Enfances, Familles, Générations*(42).
- Brinkmann, S., & Kvæle, S. (2015). *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing* (3 éd.). Los Angeles: Sage Publications.
- Brinkmann, S., & Kvæle, S. (2018). *Doing Interviews* (2 éd.). Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- Brisson, M., Roy, E., Gagné, M., & Simard, M. (2022). Assurer la continuité des soins : une question de sécurité! *Chronique déontologique*. Repéré le janvier, 2025, à <https://www.oiiq.org/assurer-la-continuite-des-soins-une-question-de->

[securite?redirect=%2Fpratique-professionnelle%2Fdeontologie%2Fchroniques-deontologiques](#)

Brousseau, S. (2019). *Standards de pratique et compétences : guide à l'intention des infirmières œuvrant en gestion des soins infirmiers au Québec*. Montréal (Québec): Éditions JFD.

Brun, J.-P., Biron, C., & St-Hilaire, F. (2009). *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail* (Vol. Guide n°RG-618). Université Laval, Québec: Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, Université Laval.

Bulette Coakley, A., Barron, A.-M., & Donahue Annese, C. (2016). Exploring the Experience and Impact of Therapeutic Touch Treatments for Nurse Colleagues. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 22(1), 4-16.

Burton, J. (2010). WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices. In WHO (Éd.), *Library Cataloguing-in-Publication Data*: World Health Organization (WHO).

Büssing, A., Falkenberg, Z., Schoppe, C., Recchia, D. R., & Poier, D. (2017). Work stress associated cool down reactions among nurses and hospital physicians and their relation to burnout symptoms. *BMC Health Services Research*, 17(1), 551-551. doi: 10.1186/s12913-017-2445-3

Caldeira, S., Lourenço, M., Vidal, T., & Figueiredo, A. S. (2017). Tattoo or no tattoo? A contemporary ethical issue in nursing education. *Nursing Ethics*, 24(5), 626-628. doi: 10.1177/0969733016679472

CanLII. (2005). Couture c. Ingénieurs forestiers (Ordre professionnel des),. *QCTP 95*. Repéré le janvier, 2025, à <https://www.canlii.org/fr/qc/qctp/doc/2005/2005qctp95/2005qctp95.html>

Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004). Chapitre 2-L'hôpital comme organisation. *Collection U*, 27-40.

Carrington, P. (2007). Modern forms of mantra meditation *Principles and practice of stress management*, 3rd ed. (pp. 363-392). New York, NY, US: Guilford Press.

CCDP. (2023). *Approche fondée sur les droits de la personne pour les enquêtes en milieu de travail : orientations et bonnes pratiques*. (9780660684222; 0660684225). [Ottawa]: Commission canadienne des droits de la personne = Canadian Human Rights Commission Repéré à <http://central.bac-lac.gc.ca/redirect?app=damspub&id=613b96f2-7fc9-4160-99ef-e71f23aa9c5f>

- Ceci, C. (2008). Increasingly distant from life: problem setting in the organization of home care. *Nursing Philosophy*, 9(1), 19-31. doi: 10.1111/j.1466-769X.2007.00331.x
- Ceci, C., & Purkis, M. E. (2011). Means without ends: justifying supportive home care for frail older people in Canada, 1990-2010. *Sociology of health & illness*, 33(7), 1066-1080. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01344.x
- CFNU. (2017). Trends in own-illness or disability-related absenteeism and overtime among publicly-employed registered nurses: Quick facts 2017. *Jacobson Consulting Inc*, 5.
- Cheng, C., Cheung, S.-f., Chio, J. H.-m., & Chan, M.-p. S. (2013). Cultural Meaning of Perceived Control: A Meta-Analysis of Locus of Control and Psychological Symptoms across 18 Cultural Regions. *Psychological Bulletin*, 139(1), 152-188.
- Christiansen, J. K., & Wellendorf, M. (2021). Exploring Opportunities with Experimental Use of Communicative Spaces to Overcome Defensive Routines and Increase Information Systems Utilization. *Systemic Practice and Action Research*, 34(6), 713-750. doi: 10.1007/s11213-021-09556-x
- Chueh, K.-H., Chen, K.-R., & Lin, Y.-H. (2021). Psychological Distress and Sleep Disturbance Among Female Nurses: Anxiety or Depression? *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 32(1), 14-20. doi: 10.1177/1043659619881491
- Çiçek Korkmaz, A., & Altuntaş, S. (2024). Queen Bee Syndrome in Academia: A Cross-sectional Analysis of Women Academic Nurses' Perceptions and Influential Factors. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 21(4), 115-132. doi: 10.11611/yead.1359356
- Clark, C. (2008). Student perspectives on faculty incivility in nursing education: An application of the concept of rankism. *Nursing Outlook*, 56(1), 4-8. doi: 10.1016/j.outlook.2007.08.003
- Clinton, M. E., & Springer, R. A. (2016). Foucault's legacy for nursing: are we beneficiaries or intestate heirs? *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 17(2), 119-131. doi: 10.1111/nup.12113
- Coghill, A. S. (2014). Let Your Fingers Do the Talking. *ONS Connect*, 29(4), 24-28.
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie : [de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers]*. Paris: InterÉditions.

- Comtois, J., Paris, Y., Poder, T. G., & Chaussé, S. (2013). L'approche Kaizen au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) : un avantage organisationnel significatif. *Santé Publique*, 25(2), 169. doi: 10.3917/spub.132.0169
- Contandriopoulos, D., Bertoni, K., McCracken, R., Hedden, L., Lavergne, R., & Randhawa, G. K. (2024). Evaluating the cost of NP-led vs. GP-led primary care in British Columbia. *Healthcare Management Forum*, 37(4), 244-250. doi: 10.1177/08404704241229075
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Sangster-Gormley, E., Kilpatrick, K., Dubois, C.-A., . . . Perroux, M. (2016). Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform. *Health policy*, 120(6), 682-689. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.03.015
- Cotton, D. H. G. (1990). *Stress Management: An Integrated Approach to Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Crockett, M. S., & Tsai, S.-L. (1992). The effects of relaxation training, combining meditation and guided imagery, on self-perceived stress among Chinese nurses in large teaching hospitals in Taiwan, Republic of China: ProQuest Dissertations Publishing.
- Crocq, M. A., & Guelfi, J. D. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Crombez, J.-C. (1981). Un enseignement du savoir-être en psychothérapie. *Santé mentale au Québec*, 6(1), 71-84. doi: 10.7202/030090ar
- CSA. (2013). Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail - Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes. Repéré le 8 janvier, 2017, à https://www.csagroup.org/documents/codes-and-standards/publications/CAN_CSA-Z1003-13_BNQ_9700-803_2013_FR.pdf
- CSMC. (2018). Repéré le 16 Avril, 2018, à <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais>
- Cunha, L. D. M., Pestana-Santos, M., Lomba, L., & Santos, M. R. (2023). Barriers and facilitators to managing uncertainty in nurses' clinical reasoning in post-anaesthesia care units: a qualitative thematic analysis. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 40(4). doi: 10.37464/2023.404.1120
- Cunliffe, A. L. (2003). Reflexive Inquiry in Organizational Research: Questions and Possibilities (Vol. 56, pp. 983-1003).

- Cunliffe, A. L., Aguiar, A. C., Góes, V., & Carreira, F. (2020). Radical-reflexivity and transdisciplinarity as paths to developing responsible management education. Dans D. C. Moosmayer, O. Laasch, C. Parkes & K. G. Brown (Éds.), *The SAGE handbook of responsible management learning and education* (pp. 298-314). Los Angeles: Sage Reference.
- Cunliffe, A. L., & Jun, J. S. (2005). The Need for Reflexivity in Public Administration. *Administration & Society*, 37(2), 225-242. doi: 10.1177/0095399704273209
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal: G. Morin.
- De Geest, I. (2024). Soins infirmiers fondés sur les forces de Laurie N. Gottlieb et Bruce Gottlieb. Dans D. Lecocq, M.-T. Celis Geradin & I. De Geest (Éds.), *Initiation à la discipline infirmière : une sélection de concepts et théories en sciences infirmières* (pp. 130). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS.
- De Gucht, V., Fischler, B., & Heiser, W. (2003). Job stress, personality, and psychological distress as determinants of somatization and functional somatic syndromes in a population of nurses. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(4), 195.
- De Koninck, M., Pampalon, R., Paquet, G., Clément, M., Hamelin, A.-M., Disant, M.-J., . . . Lebel, A. (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Publications gouvernementales du Québec en ligne : monographies électroniques, U. L. Département de médecine sociale et préventive (Éd.) Repéré à WorldCat database Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/576565>
- de la Sablonnière, R., Tougas, F., de la Sablonnière, É., & Debrosse, R. (2012). Profound organizational change, psychological distress and burnout symptoms: The mediator role of collective relative deprivation. *Group Processes & Intergroup Relations*, 15(6), 776-790. doi: 10.1177/1368430212445074
- Decker, F. H. (1997). Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. *Research in Nursing & Health*, 20(5), 453-464.
- Deekshitulu P. V, B. (2014). Healing of chakras meditation on psychological stress. *Indian Journal of Positive Psychology*, 5(4), 398-402.
- Dejours, C. (2016). Chapitre I. Souffrance et plaisir au travail : l'approche par la psychopathologie du travail (1986). Dans C. Dejours (Éd.), *Situations du travail* (pp. 19-37). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

- Demers, G. (2025). Faire son plan de développement professionnel. *Pratique professionnelle*. Repéré le 15 janvier, 2025, à <https://www.oiiq.org/faire-son-plan-de-developpement-professionnel?inheritRedirect=true>
- DeSantis, L., & Ugarriza, D. N. (2000). The concept of theme as used in qualitative nursing research. *Western Journal of Nursing Research*, 22(3), 351-372.
- Dewe, P. (1993). Coping and the Intensity of Nursing Stressors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3(4), 299-311.
- Dionne, F., Ngô, T.-L., & Blais, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111-130. doi: 10.7202/1023992ar
- Domingue, J. L., Lauzier, K., & Foth, T. (2024). Quiet quitting: Obedience a minima as a form of nursing resistance. *Nursing Philosophy*, 25(3), e12493.
- Dontigny, C. (2021). *Le recours au temps supplémentaire obligatoire: Les enjeux en droit du travail et en droit disciplinaires pour les infirmières*. Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Dorceus, S., Yergeau, E., Le Corff, Y., & Laverdiere, O. (2021). Pratiques évaluatives liées aux activités réservées par le Code des professions du Québec. *Canadian Psychology*, 62(3), 283– 294. doi: 10.1037/cap0000212
- Dubreuil, C., & Borraz, S. (2025). La consommation et l'épreuve de réalité : comment les individus justifient-ils les limites assumées à leurs efforts de consommation face aux enjeux climatiques ? *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 40(1), 51-73. doi: 10.1177/07673701241269070
- Duran, S., Önel, C., Güloğlu, P., & Ümit, S. (2021). The relationship between self-esteem and psychological distress in critical care nurses. *Nursing in Critical Care*, 26(6), 517-522. doi: 10.1111/nicc.12618
- El-Khoury, B. (2013). *Pleine conscience, régulation émotionnelle et psychose : états des connaissances et applications cliniques*. Université de Montréal. Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/10346> Disponible chez Érudit : <http://retro.erudit.org/> Érudit database.
- El-Khoury, B. (2014). *Pleine conscience, régulation émotionnelle et psychose : états des connaissances et applications cliniques*. Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/10346>

- Eldin, A. S., Sabry, D., Abdelgwad, M., & Ramadan, M. A. (2021). Some health effects of work-related stress among nurses working in critical care units. *Toxicology and industrial health*, 37(3), 142-151. doi: 10.1177/0748233720977413
- Ellemers, N., van den Heuvel, H., de Gilder, D., Maass, A., & Bonvini, A. (2004). The underrepresentation of women in science: Differential commitment or the queen bee syndrome? *British Journal of Social Psychology*, 43(3), 315-338. doi: 10.1348/0144666042037999
- Emal, L. M., Tamminga, S. J., Kezic, S., Schaafsma, F. G., Nieuwenhuijsen, K., & van der Molen, H. F. (2023). Diagnostic Accuracy and Measurement Properties of Instruments Screening for Psychological Distress in Healthcare Workers—A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(12), 6114.
- Ericson-Lidman, E., & Strandberg, G. (2015). Learning to deal constructively with troubled conscience related to care providers' perceptions of deficient teamwork in residential care of older people - a participatory action research study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 215-224. doi: 10.1111/scs.12152
- Estes, B. C. (2013). Abusive Supervision and Nursing Performance. *Nursing Forum*, 48(1), 3-16. doi: 10.1111/nuf.12004
- Evalarozza, C. L. T., & Nieve, B. B. (2024). In exigency for selfless service: Government hospital nurses in context. *Ignatian International Journal for Multidisciplinary Research*, 2(9), 811-833.
- Fadzil, N. A., Heong, W. O., Kueh, Y. C., & Phang, C. K. (2021). The Effect of a Mindfulness-Based Intervention on Nurses in Kelantan, Malaysia. *The Malaysian journal of medical sciences : MJMS*, 28(6), 121-128. doi: 10.21315/mjms2021.28.6.12
- Feenberg, A. (2017). *Technosystem : the social life of reason* Repéré à WorldCat database
Repéré à
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1584198>
- Feng, D., Su, S., Wang, L., & Liu, F. (2018). The protective role of self-esteem, perceived social support and job satisfaction against psychological distress among Chinese nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(4), 366-372. doi: 10.1111/jonm.12523
- FIQ, & FIQP. (2021). Convention collective nationale 2021-2023. *entente-cadre no 2021-1-042*. Repéré le 21 juillet, 2022, à <https://www.fiqsante.qc.ca>

- Fleming, P., & Spicer, A. (2014). Power in management and organization science. *Academy of Management Annals*, 8(1), 237-298. doi: 10.5465/19416520.2014.875671
- Flick, U. (1997). *The Episodic Interview Small scale narratives as approach to relevant experiences*. Communication présentée à la LSE Methodology Institute, London.
- Flick, U. (1999). Social constructions of change: qualitative methods for analysing developmental processes. *Social Science Information*, 38(4), 631-658. doi: 10.1177/053901899038004007
- Fong, C. Y. M., Tims, M., & Khapova, S. N. (2022). Coworker responses to job crafting: Implications for willingness to cooperate and conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 138. doi: 10.1016/j.jvb.2022.103781
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Perception*. New York: Routledge.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical inquiry*, 8(4), 777-795.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits (1954-1988), Tome IV: 1980-1988*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique cours au Collège de France (1978-1979)*: Paris Gallimard Seuil.
- Fowler, R. D., Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Friedrichsdorf, S. J., & Bruera, E. (2018). Delivering Pediatric Palliative Care: From Denial, Palliphobia, Pallilalia to Palliative. *Children*, 5(9). doi: 10.3390/children5090120
- FSI. (2021). Apprendre, exercer et défendre l'autorité de la pratique professionnelle infirmière. In F. d. s. infirmières (Éd.). Montréal: Université de Montréal.
- Fuller, R. W., & Gerloff, P. A. (2008). *Dignity for all how to create a world without rankism*. San Francisco: Berrett-Koehler Pub.
- Gagnon, M.-J. e. (2000). Les intellectuels critiques et le mouvement ouvrier au Québec : fractures et destin parallèle. *Cahiers de recherche sociologique*(34), 145. doi: 10.7202/1002431ar

- George, G., Howard-Grenville, J., Joshi, A., & Tihanyi, L. (2016). Understanding and tackling societal grand challenges through management research. *Academy of Management Journal*, 59(6), 1880-1895.
- Germain, K. Y., & Amedée-Pierre, A. A. (2025). Deshumanisation des soins : fondement de la réticence à la fréquentation des centres de santé. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 6(3), 1-17. doi: 10.4314/rasp.v6i3.1
- Ghawadra, S. F., Abdullah, K. L., Choo, W. Y., & Phang, C. K. (2019a). Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21-22), 3747-3758. doi: 10.1111/jocn.14987
- Ghawadra, S. F., Abdullah, K. L., Choo, W. Y., & Phang, C. K. (2019b). Psychological distress and its association with job satisfaction among nurses in a teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21/22), 4087-4097. doi: 10.1111/jocn.14993
- Gilligan, C. (2013). The ethic of care. *Monographs of the Victor Grifols i Lucas Foundation*, 30.
- Gilligan, C. (2014). *Revisiting "In A Different Voice"*. Communication présentée à la Reproductive Rights Law: Where is the Woman?, Carr Center for Reproductive Justice.
- Giulianotti, R., & Langseth, T. (2016). Justifying the civic interest in sport: Boltanski and Thévenot, the six worlds of justification, and hosting the Olympic games. *European Journal for Sport and Society*, 13(2), 133-153. doi: 10.1080/16138171.2016.1183930
- Gond, J.-P., Barin Cruz, L., Raufflet, E., & Charron, M. (2016). To Frack or Not to Frack? The Interaction of Justification and Power in a Sustainability Controversy. *Journal of Management Studies*, 53(3), 330-363. doi: 10.1111/joms.12166
- Gosselin, E., Bourgault, P., & Lavoie, S. (2016). Association between job strain, mental health and empathy among intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 21(3), 137-145. doi: 10.1111/nicc.12064
- Gottlieb, L. N., & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille*. Montréal [Québec]: Pearson.
- Gouvernement du Québec. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Bibliothèque nationale du Québec.

- Grafton, E., Gillespie, B., & Henderson, S. (2010). Resilience: The Power Within. *Oncology Nursing Forum, 37*(6), 698-705.
- Grossberg, S. (1987). Cortical dynamics of three-dimensional form, color, and brightness perception: I. Monocular theory. *Perception & psychophysics, 41*(2), 87-116.
- Guillaumie, L., Boiral, O., & Champagne, J. (2017). A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of Advanced Nursing, 73*(5), 1017-1034. doi: 10.1111/jan.13176
- Halsey, S. (1978). The queen bee syndrome: one solution to role conflict for nurse managers. Dans M. E. Hardy & M. E. Conway (Éds.), *Role Theory: Perspectives for Health Professionals*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Harbour, M., & Gauthier, J.-B. (2017). Complex polysemy and reflexivity in organizational research. *HAL, 01543416*.
- Hasan, A. A., & Tumah, H. (2019). The correlation between occupational stress, coping strategies, and the levels of psychological distress among nurses working in mental health hospital in Jordan. *Perspectives in Psychiatric Care, 55*(2), 153-160. doi: 10.1111/ppc.12292
- Hee Kim, L., Subramanian, P., Rahmat, N., & Phang Cheng, K. (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing, 31*(3), 22-31.
- Heidegger, M. (1926; 1967). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag
- Hietapakka, L., Elovainio, M., Heponiemi, T., Presseau, J., Eccles, M., Aalto, A.-M., . . . Sinervo, T. (2013). Do nurses who work in a fair organization sleep and perform better and why? Testing potential psychosocial mediators of organizational justice. *Journal of Occupational Health Psychology, 18*(4), 481-491. doi: 10.1037/a0033990
- Hildebrandt, A. (2013). Nearly 25% of Canadian nurses wouldn't recommend their hospital. [Communiqué de Presse] In CBC_News (Éd.).
- Hisadomi, K., & Togari, T. (2024). Does sense of coherence buffer the effects of moral dilemmas faced by psychiatric nurses in Japan? A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing, 52*, 8-15. doi: 10.1016/j.apnu.2024.07.017
- Hodge, D. R. (2006). Spiritually Modified Cognitive Therapy: A Review of the Literature. *Social Work, 51*(2), 157-166.

- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi: 10.1037/a0018555
- Holmes, D., & Bernard, L. (2024). Michel Foucault. Contributions déterminantes et incontournables pour les sciences infirmières. Dans P. Krol & D. Holmes (Éds.), *Philosophies et sciences infirmières* (pp. 279-316). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Holmes, D., & O' Byrne, P. (2006). The art of public health nursing: using confession technè in the sexual health domain. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 430-437. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04010.x
- Hong, E., & Lee, Y. S. (2016). The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 625-632. doi: 10.1111/ijn.12493
- Huang, W., Cai, S., Zhou, Y., Huang, J., Sun, X., Su, Y., . . . Lan, Y. (2021). Personality Profiles and Personal Factors Associated with Psychological Distress in Chinese Nurses. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 1567-1579. doi: 10.2147/PRBM.S329036
- Hume, D. (1739). *A Treatise of Human Nature* (P. Foliot, Trad.): Project Gutenberg.
- Hurtado, D. A., Nelson, C. C., Hashimoto, D., & Sorensen, G. (2015). Supervisors' support for nurses' meal breaks and mental health. *Workplace Health & Safety*, 63(3), 107-115. doi: 10.1177/2165079915571354
- Hwang, S.-K., Lee, Y.-J., Cho, M.-E., Kim, B.-K., & Yoon, Y.-I. (2022). Factors Associated with Gastrointestinal Symptoms among Rotating Shift Nurses in South Korea: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). doi: 10.3390/ijerph19169795
- ICIS. (2019). *Le personnel infirmier au Canada, 2018 : un regard sur l'effectif et la main-d'œuvre*. Ottawa, Ontario
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a Psychiatric Symptom Index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- IRSC. (2018). *Énoncé de politique des trois conseils, éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa (Ontario): Santé Canada, Health Canada.

- Irving, J. A. (2011). *Mindfulness-based medical practice: a mixed-methods investigation of an adapted mindfulness-based stress reduction program for health care professionals*. McGill University. Repéré à http://digitool.library.mcgill.ca/R/?func=dbin-jump-full¤t_base=GEN01&object_id=104512
Disponible chez Érudit : <http://retro.erudit.org/> Érudit database.
- Iwasaki, Y. (2001). Testing an Optimal Matching Hypothesis of Stress, Coping and Health: Leisure and General Coping. *Loisir et Société*, 24(1), 163-203. doi: 10.7202/000167ar
- Jacob, N. (2013). *Vérifier la nature des relations entre la hardiesse, le contexte professionnel, les caractéristiques sociodémographiques et la perception de l'intensité des stresseurs occupationnels envers la détresse psychologique chez les infirmières soignantes du Québec*. Université du Québec en Outaouais, Saint-Jérôme.
- Jacob, N., Gauthier, J.-B., & St-Pierre, I. (2021). *A problematization exercise to explore the perpetuation of psychological distress among hospital nurses*. [Document inédit].
- Jacob, P. (2007). L'authenticité du discernement vocationnel de femmes qui se disent appelées à la prêtre ou au diaconat dans l'Eglise catholique du Québec: ProQuest Dissertations Publishing.
- Jauvin, N., Côté, N., Allaire, É., Freeman, A., & Biron, C. (2018). *Symposium sur le travail émotionnellement exigeant: enjeux et pistes de solution pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux*: Centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS) de la
- Johnson, B. M., & Webber, P. B. (2015). *An introduction to theory and reasoning in nursing* (Fourth edition. éd.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.
- Jovic, L. (2024). Thomas S. Kuhn. Révolutions scientifiques et épistémologie infirmière. Dans P. Krol & D. Holmes (Éds.), *Philosophies et sciences infirmières* (pp. 55-82). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Jubinville, M., Longpré, C., & Tchouaket Nguemeleu, É. (2023). Standardized and validated training to support the charge nurse: Research protocol. *Nursing Open*, 10(7), 4756-4765. doi: 10.1002/nop2.1727
- Kagan, M. (2020). Social Support Moderates the Relationship Between Death Anxiety and Psychological Distress Among Israeli Nurses. *Psychological Reports*. doi: 10.1177/0033294120945593

- Kagan, M., & Ne'eman-Haviv, V. (2025). Explaining Psychological Distress among Men in the Helping Professions: A Serial Mediation Model. *Australian Social Work*, 78(1), 83-98. doi: 10.1080/0312407X.2023.2289396
- Kamau, C., Medisauskaite, A., & Lopes, B. (2015). Inductions Buffer Nurses' Job Stress, Health, and Organizational Commitment. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 70(6), 305-308. doi: 10.1080/19338244.2014.891967
- Kanji, N., White, A., & Ernst, E. (2006). Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 729-735. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03779.x
- Karo, M., Simorangkir, L., Daryanti, nbsp, Saragih, I., Suarilah, I., & Tzeng, H.-M. (2024). Effects of mindfulness-based interventions on reducing psychological distress among nurses: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nursing Scholarship*, 56(2), 319-330. doi: 10.1111/jnu.12941
- Kelley, P. (1995). *Stress management strategies in the workplace: A meta-analysis of stress intervention techniques*. ProQuest Dissertations Publishing.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T., . . . Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. doi: 10.1017/S0033291702006074
- Khoury, B., Knäuper, B., Schlosser, M., Carrière, K., & Chiesa, A. (2017). Effectiveness of traditional meditation retreats: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 92, 16-25. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.11.006
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009
- Koivu, A., Saarinen, P. I., & Hyrkas, K. (2012). Does clinical supervision promote medical-surgical nurses' well-being at work? A quasi-experimental 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 401-413. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01388.x
- Kolutek, R., Erkutlu, H., & Chafra, J. (2024). Workplace violence and nurses' psychological well-being: The mediating role of burnout and the moderating role of psychological resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 53, 177-183. doi: 10.1016/j.apnu.2024.10.015

- Krtolica, I. (2014). L'horizon de la violence asymbolique dans la pensee de Pierre Bourdieu. Dans P. Bojanic & G. Sibertin-Blanc (Éds.), *De la terreur à l'extrême violence* (Vol. hal-03263818, pp. 163). Toulouse: Éditions EuroPhilosophie.
- Kumar, R. (1994). Journey back home-IV Personality transformation with chakras. *Journal of Religion & Psychical Research*, 17(4), 203.
- Kunie, K., Kawakami, N., Shimazu, A., Yonekura, Y., & Miyamoto, Y. (2017). The relationship between work engagement and psychological distress of hospital nurses and the perceived communication behaviors of their nurse managers: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 115-124. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.03.011
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage.
- Labrague, L. J. (2024). Linking Toxic Leadership With Work Satisfaction and Psychological Distress in Emergency Nurses: The Mediating Role of Work-Family Conflict. *Journal of Emergency Nursing*, 50(5), 670-678. doi: 10.1016/j.jen.2023.11.008
- Lacaille, J. (2016). *Daily mindful responding as a mechanism of change in the mindfulness-based stress reduction program*. McGill University. Repéré à http://digitool.library.mcgill.ca/R/-?func=dbin-jump-full¤t_base=GEN01&object_id=143627 Disponible chez Érudit : <http://retro.erudit.org/> Érudit database.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des canadiens un document de travail*. Ottawa: Ministère de la santé nationale et du bien-être social du Canada.
- Lapointe, P.-A. (2022). Recadrage critique du récit managérial des mutations organisationnelles: l'introduction du lean et la crise du travail dans les hôpitaux et les CHSLD du Québec. *Ad machina*(6), 196-218.
- Lavoie-Tremblay, M., Trépanier, S.-G., Fernet, C., & Bonneville-Roussy, A. (2014). Testing and extending the triple match principle in the nursing profession: a generational perspective on job demands, job resources and strain at work. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 310-322. doi: 10.1111/jan.12188
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gélinas, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008). Creating a healthy workplace for new-generation nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-297. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00240.x

- Leblanc, S. (2010). *Étude exploratoire des stratégies d'empowerment au travail d'infirmières d'une région isolée du Québec en regard de leur santé psychologique*. Université du Québec à Rimouski, Rimouski, Québec].
- LégisQuébec. (2023). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. L'Éditeur officiel du Québec Repéré à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/O-7.2>.
- LégisQuébec. (2024). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers : I-8, r. 9 à jour au 1ier novembre 2024*. (2551168228; 9782551168224). Québec: Publications Québec.
- Leininger, M. (1998). Special Research Report: Dominant Culture Care (EMIC) Meanings and Practice Findings from Leininger's Theory. *Journal of Transcultural Nursing*, 9(2), 45-48. doi: 10.1177/104365969800900207
- Lepage, A. (2008). *Sauver sa peau par le développement d'une présence à soi*. Université du Québec à Rimouski. Repéré à <http://semaphore.uqar.ca/315/> Disponible chez Érudit : <http://retro.erudit.org/> Érudit database.
- Létourneau, J., Côté, M.-E., & Roy, É. (2022). Conjuguer obligations professionnelles et devoir de loyauté. *Chronique déontologique*. Repéré le 2 janvier, 2025, à <https://www.oiiq.org/conjuguer-obligations-professionnelles-et-devoir-de-loyaute?redirect=%2Fpratique-professionnelle%2Fdeontologie%2Fchroniques-deontologiques>
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris: Typographie Plon.
- Lewis, G. M., Neville, C., & Ashkanasy, N. M. (2017). Emotional intelligence and affective events in nurse education: A narrative review. *Nurse Education Today*, 53, 34-40. doi: 10.1016/j.nedt.2017.04.001
- Li, X., Guan, L., Chang, H., & Zhang, B. (2014). Core Self-Evaluation and Burnout among Nurses: The Mediating Role of Coping Styles. *PLoS ONE*, 9(12), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0115799
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Liu, Y., Yang, C., & Zou, G. (2021). Self-esteem, job insecurity, and psychological distress among Chinese nurses. *BMC Nursing*, 20(1).
- Locke, J. (1755). *Essai philosophique concernant l'entendement humain* (P. Coste, Trad. 5 éd.). Leipzig.

- Ma, F., Zhu, Y., & Liu, Y. (2024). The relationship between psychological distress and the nursing humanistic care demands in postoperative cancer inpatients: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23(1).
- Machi, L. A., & McEvoy, B. T. (2022). *The Literature Review : Six Steps to Success* (Fourth edition éd.). Thousand Oaks, California: Corwin.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 160-168. doi: 10.1080/17439760600619609
- Maddi, S. R., & Kobasa, S. C. (1984). *The hardy executive : health under stress*. Homewood, Ill.: Dow Jones-Irwin.
- Măirean, C. (2014). Traumatic stress and professional quality of life. Personality and social support as moderators. *Annals of the Al. I. Cuza University, Psychology Series*, 23(2), 61-77.
- Majeed, M., & Fatima, T. (2020). Impact of exploitative leadership on psychological distress: A study of nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1713-1724. doi: 10.1111/jonm.13127
- Malinauskiene, V., Malinauskas, R., & Malinauskas, M. (2019). Leisure-time physical inactivity and psychological distress in female-dominated occupations in Lithuania. *Women & Health*, 59(1), 28-40. doi: 10.1080/03630242.2017.1421288
- Mark, G., & Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal Of Health Psychology*, 17(3), 505-521. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x
- Marleau, D. (2021). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*. Montréal, Québec.
- Martin, F., Sabourin, S. p., & Gendreau, P. (1989). LES DIMENSIONS DE LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE: ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE DE TYPE HIERARCHIQUE*. *International Journal of Psychology*, 24(1-5), 571-584. doi: 10.1080/00207594.1989.10600067
- Martinache, I. (2010). « Boltanski Luc, De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation ». *Sociologie*, 1(1).
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed. éd.). Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press.

- Masquelier, C. (2019). Bourdieu, Foucault and the politics of precarity. *Distinktion: Journal of Social Theory*, 20(2), 135-155. doi: 10.1080/1600910X.2018.1549999
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélaire, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones. *Canadian Journal of Public Health : A Publication of The Canadian Public Health Association*, 89(3), 183-187. doi: 10.1007/BF03404471
- Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A.-S., & Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 105-113. doi: 10.1016/j.refiri.2016.04.003
- McMillan, K. (2018). *A critical organizational analysis of frontline nurses' experience of rapid and continuous change in an acute health care organization*. (Thèse de doctoral), Université d'Ottawa/University of Ottawa.
- McTiernan, K., & McDonald, N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(3), 208-218. doi: 10.1111/jpm.12170
- Mehrabi, T., Azadi, F., Pahlavanzadeh, S., & Meghdadi, N. (2012). The effect of yoga on coping strategies among intensive care unit nurses. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, 17(6), 421-424.
- Mendes, A. (2017). How to address compassion fatigue in the community nurse. *British Journal of Community Nursing*, 22(9), 458-459. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.9.458
- Merleau-Ponty, M. (1976). *Phénoménologie de la perception*. [Paris]: Gallimard.
- Met-Sang, Y., Shung-Mei, P., & Ming-Jen, Y. (2004). Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 58(6), 636-641. doi: 10.1111/j.1440-1819.2004.01314.x
- Middleton, N., Andreou, P., Karanikola, M., Kouta, C., Kolokotroni, O., & Papastavrou, E. (2018). Investigation into the metric properties of the workplace social capital questionnaire and its association with self-rated health and psychological distress amongst Greek-Cypriot registered nurses: Cross-sectional descriptive study. *BMC Public Health*, 18(1), 1061-1061. doi: 10.1186/s12889-018-5959-7
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2019). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (4 éd.). Los Angeles: SAGE.

Milgram, S.('Scénariste') & Series Director ('Réalisateur')^(Réalisateurs)]. (Year Released)]. Title [Medium]. Dans Producer (Producteur), *Series Title*. Place Published: Distributor].

Milgram, S. (1974). *Soumission à l'autorité : un point de vue expérimental* (2e éd. française éd.). Paris: Calmann-Lévy.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8(5), 336-341. doi: 10.1016/j.ijsu.2010.02.007

Morinière, A., & Georgescu, I. (2022). Hybridity and the use of performance measurement: facilitating compromises or creating moral struggles? Insights from healthcare organizations. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 35(3), 801-829. doi: 10.1108/AAAJ-12-2019-4309

Mougeot, F. (2020). La déstructuration d'un groupe professionnel. *Savoir/Agir*, 52(2), 75.
doi: 10.3917/sava.052.0075

Moyer, C. A., Rounds, J., & Hannum, J. W. (2004). A Meta-Analysis of Massage Therapy Research. *Psychological Bulletin, 130*(1), 3-18.

MSSS. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Gouvernement du Québec.

Mueller, R. A. (2019). Episodic narrative interview: Capturing stories of experience with a methods fusion. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1609406919866044.

Nadolski, G. J., Bell, M. A., Brewer, B. B., Frankel, R. M., Cushing, H. E., & Brokaw, J. J. (2006). Evaluating the quality of interaction between medical students and nurses in a large teaching hospital. *BMC Medical Education*, 6, 23-23.

Nairn, S., & Pinnock, D. (2017). Pierre Bourdieu: Expanding the scope of nursing research and practice. *Nursing Philosophy*, 18(4), e12167.

Nazon, E. (2017). *Analyse de discours de la construction du savoir infirmier au Québec, 1898-1970*. Université d'Ottawa/University of Ottawa.

- Nazon, E., & Perron, A. (2014). Vers une approche pluraliste en sciences infirmières. *Recherche en Soins Infirmiers*, N 116(1), 6-12. doi: 10.3917/rsi.116.0006
- Newman, C., Roche, M., & Elliott, D. (2021). Exposure to workplace trauma for forensic mental health nurses: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103897. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103897
- Ngô, T.-L. (2013). Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 19-34. doi: 10.7202/1023988ar
- Nikbakht Nasrabadi, A., Khoobi, M., Joolaee, S., Cheraghi, M. A., & Hedayat, M. A. (2019). Disrupted value system among nursing care managers: A qualitative study. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 13(3), 1-5. doi: 10.7860/JCDR/2019/39668.12680
- Nørgaard, K. (2017). *A Study of Military Technopolitics: The Controversy of Autonomous Weapon Systems*. Copenhagen: Danish Defense.
- O'Driscoll, M., Byrne, S., Mc Gillicuddy, A., Lambert, S., & Sahm, L. J. (2017). The effects of mindfulness-based interventions for health and social care undergraduate students – A systematic review of the literature. *Psychology, Health & Medicine*, 22(7), 851-865. doi: 10.1080/13548506.2017.1280178
- O'Hare, D. (2013). *Je ne veux plus fumer : grâce à la cohérence cardiaque : sans prise de poids, sans médicaments, sans stress*. Vergèze]: Thierry Souccar Éditions.
- Oerther, S., & Oerther, D. B. (2018). Pierre Bourdieu's Theory of Practice offers nurses a framework to uncover embodied knowledge of patients living with disabilities or illnesses: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 818-826. doi: 10.1111/jan.13486
- OIIQ. (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière* ([Mise à jour 2010]. éd.). Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- OIIQ. (2018). Image professionnelle des infirmières Prise de position. <https://www.oiiq.org/en/image-professionnelle-des-infirmieres-une-prise-de-position-actualisee>: Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.
- Olssen, M. (2003). Structuralism, post-structuralism, neo-liberalism: assessing Foucault's legacy. *Journal of Education Policy*, 18(2), 189-202. doi: 10.1080/0268093022000043047
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa.

- OMS. (2021). *Projet de plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021–2030: Vers l'élimination des préjudices évitables dans le cadre des soins de santé*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2023). Sécurité des patients. Consultée le 2025-02-15, à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Orwell, G. (1949). *Nineteen Eighty-Four*. London: Secker & Warburg.
- Özbas, A. A., & Tel, H. (2016). The effect of a psychological empowerment program based on psychodrama on empowerment perception and burnout levels in oncology nurses: Psychological empowerment in oncology nurses. *Palliative & Supportive Care*, 14(4), 393-401. doi: 10.1017/S1478951515001121
- Pannell, L. M., Rowe, L., & Tully, S. (2017). Stress resiliency practices in neonatal nurses. *Advances in Neonatal Care (Lippincott Williams & Wilkins)*, 17(4), 274-281. doi: 10.1097/ANC.0000000000000366
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(1), 3-25. doi: 10.1002/hpm.2160
- Parsons, T. (1964). *The social system*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Pedersen, I., Patil, G., Berget, B., Ihlebæk, C., & Gonzalez, M. T. (2016). Mental health rehabilitation in a care farm context: A descriptive review of Norwegian intervention studies. *Work*, 53(1), 31-43. doi: 10.3233/WOR-152213
- Pépin, J., Bourbonnais, A., & Ducharme, F. (2024). *La pensée infirmière* (5e édition. Édition 30e anniversaire éd.). Montréal (Québec) Canada: Chenelière Éducation.
- Perron, A. I., Fluet, C., & Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 536-544. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03432.x
- Peter, E. H., Macfarlane, A. V., & O' Brien-Pallas, L. L. (2004). Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 356-364. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03113_1.x
- Petropavlovsky, M.-N. (2013). *La dimension subjective dans l'expérience de guérison de pratiquants du yoga Sivananda*. Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/9064>

- Pfeffer, J., & Fong, C. T. (2005). Building Organization Theory from First Principles: The Self-Enhancement Motive and Understanding Power and Influence. *Organization Science*, 16(4), 372-388.
- Pittman, A., Gary, J., & Pepper, C. (2022). An Integrative Review of Body Art in Nursing. *Nurse educator*, 47(4), 197-201. doi: 10.1097/NNE.0000000000001168
- Pomerleau, S. (2021). *Influence des processus d'amélioration de la qualité des soins sur la pratique des infirmières d'urgence: une ethnographie institutionnelle*. Université d'Ottawa/University of Ottawa.
- Potvin, L., Gendron, S., & Bilodeau, A. (2004). Trois postures ontologiques concernant la nature des programmes de santé: Implications pour l'évaluation. *Sciencia Saude Coletiva*, 9(3), 731-738.
- Poulsen, A. A., Sharpley, C. F., Baumann, K. C., Henderson, J., & Poulsen, M. G. (2015). Evaluation of the effect of a 1-day interventional workshop on recovery from job stress for radiation therapists and oncology nurses: A randomised trial. *Journal of Medical Imaging & Radiation Oncology*, 59(4), 491-498. doi: 10.1111/jmi.12322
- Qin, X. (2018). Ethical Consciousness under Totalitarianism —Review on George Orwell's 1984. *Journal of Language Teaching and Research*, 9(4), 731. doi: 10.17507/jltr.0904.08
- Raftopoulos, V., Charalambous, A., & Talias, M. (2012). The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: A census report. *BMC Public Health*, 12(1), 457-469. doi: 10.1186/1471-2458-12-457
- Rainbow, J. G. (2019). Presenteeism: Nurse perceptions and consequences. *Journal of Nursing Management*, 27(7), 1530-1537. doi: 10.1111/jonm.12839
- Ramos, M. C. (1987). Adopting an evolutionary lens: an optimistic approach to discovering strength in nursing. *ANS. Advances In Nursing Science*, 10(1), 19-26.
- Raoui, S. M. (2017). Étude de la polyvalence et la compétence professionnelle du personnel infirmier exerçant à l'hôpital régional de Tetouan. *Annales des Sciences de la Santé*, 17(1), 1-8.
- Raza, A. A. (2025). *Effects of Healthcare Administrators and ICU Nurses' Perspectives of Leader Bullying on Work and Physical Six Sigma/Lean Training*. Walden University.

- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., . . . Smith, G. B. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2248-2259.
- Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 1-11. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.026
- Rheinhardt, A., Kreiner, G. E., Gioia, D. A., & Corley, K. G. (2018). Conducting and Publishing Rigorous Qualitative Research. Dans C. Cassell, A. L. Cunliffe & G. Grandy (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods* (Vol. 1, pp. 515-531). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rhynas, S. J. (2005). Bourdieu's theory of practice and its potential in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 179-186. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03377.x
- Richards, K. (2016). Work/Life Balance. The Urgency of Creating a Culture of Caring: Start with You! *Nursing Economic\$*, 34(3), 152-155.
- Rickard, G., Lenthall, S., Dollard, M., Opie, T., Knight, S., Dunn, S., . . . Brewster-Webb, D. (2012). Organisational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia. *Collegian*, 19(4), 211-221.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536-545. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x
- Rinaldi, S., Fontani, V., Aravagli, L., & Margotti, M. L. (2010). Psychological and symptomatic stress-related disorders with radio-electric treatment: psychometric evaluation. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 26(5), 350-358. doi: 10.1002/smj.1298
- Rizany, I., Handiyani, H., Pujasari, H., Erwandi, D., & Wulandari, C. I. (2025). Self-scheduling for nurse: A concept analysis. *Multidisciplinary Reviews*, 8(1), 2025021-2025021.
- Rochon, J. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. (2551084156; 9782551084159). [Québec]: Publications du Québec.
- Rodwell, J., & Demir, D. (2012). Psychological consequences of bullying for hospital and aged care nurses. *International Nursing Review*, 59(4), 539-546. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01018.x

- Rodwell, J., Ellershaw, J., & Flower, R. (2017). Fulfill psychological contract promises to manage in-demand employees. *Personnel Review*, 44(5), 689-701. doi: 10.1108/PR-12-2013-0224
- Rodwell, J., & Gulyas, A. (2013). The impact of the psychological contract, justice and individual differences: Nurses take it personally when employers break promises. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2774-2785. doi: 10.1111/jan.12160
- Ronghua, F., & Xia, L. (2015). A regular yoga intervention for staff nurse sleep quality and work stress: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23/24), 3374-3379. doi: 10.1111/jocn.12983
- Rui Gomes, A., & Teixeira, P. M. (2016). Stress, Cognitive Appraisal and Psychological Health: Testing Instruments for Health Professionals. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 32(2), 167-172. doi: 10.1002/smj.2583
- Ruszkowski, N. (8 février 2011). Un meilleur code vestimentaire pour le personnel de L'HO se traduit par de meilleurs soins pour nos patients. Repéré le 22 mai 2025, à <https://www.ottawahospital.on.ca/fr/salle-de-presse/un-meilleur-code-vestimentaire-pour-le-personnel-de-lho-se-traduit-par-de-meilleurs-soins-pour-nos-patients/>
- Saidun, S., Akhmetova, E., & Awang Abd Rahman, A. (2020). Harmonizing Culture, Religion, and Professional Nursing Standards. *Dress*, 1-14. doi: 10.1080/03612112.2020.1756591
- Saldaña, J. (2021). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications Ltd.
- Saleem, Q. U. A., & Ameen, K. (2021). The role of human environment in making a workplace congenial: a case of university libraries. *Global Knowledge, Memory and Communication*, 70(8-9), 714-730. doi: 10.1108/GKMC-09-2020-0135
- Samawi, Z., Miller, T., & Haras, M. S. (2014). Using High-Fidelity Simulation and Concept Mapping to Cultivate Self-Confidence in Nursing Students. *Nursing Education Perspectives (National League for Nursing)*, 35(6), 408-409. doi: 10.5480/12-1042.1
- Sampasivam, L. (2013). *Goal orientations and emotions: the role of cognitive appraisals and emotion regulation strategies*. McGill University. Repéré à http://digitool.library.mcgill.ca/R/-?func=dbin-jump-full¤t_base=GEN01&object_id=119402 Disponible chez Érudit : <http://retro.erudit.org/> Érudit database.

- Sandberg, J., & Alvesson, M. (2011). Ways of constructing research questions: gap-spotting or problematization? *Organization*, 18(1), 23-44.
- Sarnoff, D. (1982). Biofeedback: New Uses in Counseling. *Personnel and Guidance Journal*, 60(6), 357-360.
- Schmid, E. A., Pircher Verdorfer, A., & Peus, C. (2019). Shedding Light on Leaders' Self-Interest: Theory and Measurement of Exploitative Leadership. *Journal of Management*, 45(4), 1401-1433. doi: 10.1177/0149206317707810
- Schneider, J., Pollock, K., Wilkinson, S., Perry-Young, L., Travers, C., & Turner, N. (2019). The subjective world of home care workers in dementia: an "order of worth" analysis. *Home health care services quarterly*, 38(2), 96-109. doi: 10.1080/01621424.2019.1578715
- Sheridan-Leos, N. (2008). Professional issues. Understanding lateral violence in nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 399-403. doi: 10.1188/08.CJON.399-403
- Shields, M., & Wilkins, K. (2005). Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 Résultats (Institut canadien d'information sur la santé, Trad.). In ICIS (Éd.), (Vol. N° 83-003-XPF). Ottawa: Bibliothèque et Archives Canada.
- Shrivastava, P. (1995). Industrial/environmental crises and corporate social responsibility. *Journal of Socio-Economics*, 24(1), 211-227. doi: 10.1016/1053-5357(95)90036-5
- Sieczka, E. (2025). National Figurations under Hysteresis in Norbert Elias and Pierre Bourdieu. From Plural to Cleft National Habitus. *Nationalism and Ethnic Politics*, 31(1), 95-113. doi: 10.1080/13537113.2024.2444068
- Signal, L. (1998). The politics of health promotion: insights from political theory. *Health Promotion International*, 13(3), 257-264. doi: 10.1093/heapro/13.3.257
- Simões, C., Gomes, A. R., & Costa, P. (2019). A multigroup analysis of the effect of cognitive appraisal on nurses' psychological distress. *Nursing research*, 68(3), E1-E11. doi: 10.1097/NNR.0000000000000352
- Simard, M. (2021). *La sous-utilisation du champ d'exercice infirmier: Constats des limites engendrées par les différents textes législatifs, les règles administratives et l'intérêt de la professionnelle*. Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Siu, O.-L. (2002). Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 218-229.

- Skrable, L., & Fitzsimons, V. (2014). Simulation in associate degree nursing education: A literature review. *Teaching and Learning in Nursing*. doi: 10.1016/j.teln.2014.03.001
- SSSQ. (2009). Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec. In La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Éd.). www.msss.gouv.qc.ca: Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- St-Pierre, M., & Gauthier, J.-B. (2011). Les conditions de passage de l'action en réseau à un réseau en action dans le secteur de la santé. *La Revue des Sciences de Gestion : Direction et Gestion*, 46(251), 31-36,10.
- St-Pierre, I., & Holmes, D. (2008). Managing nurses through disciplinary power: A Foucauldian analysis of workplace violence. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 352-359. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00812.x
- St-Pierre, I., & Holmes, D. (2010). The relationship between organizational justice and workplace aggression. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1169-1182. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05281.x
- Staines, G., Tavris, C., & Jayaratne, T. (1974). The Queen Bee Syndrome. *Psychology Today*, 7, 63-66.
- Stake, R. E. (1988). Case Study Methods in Educational Research: Seeking Sweet Water. Dans R. M. Jaeger (Éd.), *Complementary Methods for Research in Education* (pp. 253-300). [Washington, D.C.: American Educational Research Association.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple Case Study Analysis*. New York: The Guilford Press.
- Stefanovska - Petkovska, M., Bojadjiev, M. I., Stefanovska, V. V., & Bojadjieva, S. (2020). Psychological distress, burnout, job satisfaction and intention to quit among primary healthcare nurses. *Health Services Management Research*. doi: 10.1177/0951484820971444
- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453. doi: 10.3200/JACH.56.44.445-454
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders in Clinical Practice: A Meta-Analysis of Effectiveness Studies.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595-606. doi: 10.1037/a0016032
- Susen, S. (2012). Une sociologie pragmatique de la critique est-elle possible? Quelques réflexions sur De la critique de Luc Boltanski. *Revue Philosophique de Louvain*, 110(4), 685-728. doi: 10.2143/RPL.110.4.2182865
- Susen, S. (2015). Une réconciliation entre Pierre Bourdieu et Luc Boltanski est-elle possible? Pour un dialogue entre la sociologie critique et la sociologie pragmatique de la critique. Dans B. Frère (Éd.), *Le tournant de la théorie critique* (pp. 151-186). Paris: Desclée de Brouwer.
- Susen, S. (2016). Towards a Critical Sociology of Dominant Ideologies: An Unexpected Reunion between Pierre Bourdieu and Luc Boltanski. *Cultural Sociology*, 10(2), 195-246. doi: 10.1177/1749975515593098
- Susen, S. (2020). *Sociology in the twenty-first century : key trends, debates, and challenges* Repéré à WorldCat database Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlab&db=nlab&AN=2755720> doi:10.1007/978-3-030-38424-1
- Sutherland, V. J., & Cooper, C. L. (1990). *Understanding stress: A psychological perspective for health professionals*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC.
- Ta'an, W. a. F., Al-Dwaikat, T. N., Dardas, K., & Rayan, A. H. (2020). The relationship between occupational stress, psychological distress symptoms, and social support among Jordanian healthcare professionals. *Nursing Forum*, 55(4), 763-771. doi: 10.1111/nuf.12494
- Tae Sook, K., Jeong Sook, P., & Myung Ae, K. (2008). The Relation of Meditation to Power and Well-Being. *Nursing Science Quarterly*, 21(1), 49-58. doi: 10.1177/0894318407310777
- Taleghani, F., Ashouri, E., Memarzadeh, M., & Saburi, M. (2018). Barriers to empathy-based care: oncology nurses' perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(3), 249-259. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/IJHCQA-12-2016-0185>
- Taleghani, F., Ashouri, E., & Saburi, M. (2017). Empathy, Burnout, Demographic Variables and their Relationships in Oncology Nurses. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, 22(1), 41-45. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_66_16
- Tei-Tominaga, M., & Nakanishi, M. (2018). The influence of supportive and ethical work environments on work-related accidents, injuries, and serious psychological

- distress among hospital nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2). doi: 10.3390/ijerph15020240
- Theodoratou, M., Andreopoulou, O., Bekos, V., Pierrakeas, C., & Skiadopoulos, S. (2009). Culture specific stress coping strategies used to alleviate occupational stress among Greek nursing personnel. *Journal of Medical Psychology*, 1(1), 21-28.
- Truchon, S., Brisson, M., & Roy, É. (2017). *Disponibilité et diligence : question de prudence!* : OIIQ Repéré à <https://www.oiiq.org/disponibilite-et-diligence-question-de-prudence-?redirect=%2Fpratiqueprofessionnelle%2Fdeontologie%2Fchroniques-deontologiques>.
- Trungpa, C. (2002). *Cutting Through Spiritual Materialism*. Boston: Shambhala Classics.
- Turcotte, L. (2006). *Thérapie brève auprès de travailleurs du Réseau de la Santé et des Services Sociaux en épuisement professionnel*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Repéré à <http://depositum.uqat.ca/92/> Disponible chez Érudit : <http://retro.erudit.org/> Érudit database.
- Udod, S., Cummings, G. G., Care, W. D., & Jenkins, M. (2017). Role stressors and coping strategies among nurse managers. *Leadership in Health Services*, 30(1), 29-43. doi: 10.1108/LHS-04-2016-0015
- Ulusoy, N., Nienhaus, A., & Brzoska, P. (2023). Investigating discrimination in the workplace. Translation and validation of the Everyday Discrimination Scale for nursing staff in Germany. *BMC Nursing*, 22. doi: 10.1186/s12912-023-01367-w
- van der Colff, J. J., & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SAJIP: South African Journal of Industrial Psychology*, 35(1), 1-10. doi: 10.4102/sajip.v35i1.423
- Van der Heijden, B. I. J. M., Mulder, R. H., König, C., & Anselmann, V. (2017). Toward a mediation model for nurses' well-being and psychological distress effects of quality of leadership and social support at work. *Medicine (United States)*, 96(15), 1-6. doi: 10.1097/MD.0000000000006505
- van der Veen, A., van Pietersom, T., Cardozo, B. L., Rushiti, F., Ymerhalili, G., & Agani, F. (2015). Integrating staff well-being into the Primary Health Care system: a case study in post-conflict Kosovo. *Conflict & Health*, 9(1), 1-12. doi: 10.1186/s13031-015-0048-3
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. Walnut Creek CA: Left Coast Press Inc.

- Van Manen, M. (2023). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing* (2 éd.): Routledge.
- Van Schingen, E. (2017). *La mobilité professionnelle non-choisie des infirmières hospitalières*. Université Pierre et Marie Curie-Paris VI, Paris VI.
- Vazquez Garcia, F. (2002). La tension infinie entre l'histoire et la raison : Foucault et Bourdieu. [The Infinite Tension between History and Reason: Foucault and Bourdieu]. *Revue internationale de philosophie*, 220(2), 343-365. doi: 10.3917/rip.220.0343
- Vecchio, N., Scuffham, P. A., Hilton, M. F., & Whiteford, H. A. (2011). Work-related injury in the nursing profession: An investigation of modifiable factors. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1067-1078. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05544.x
- Vehko, T., Hyppönen, H., Puttonen, S., Kujala, S., Ketola, E., Tuukkanen, J., . . . Heponiemi, T. (2019). Experienced time pressure and stress: Electronic health records usability and information technology competence play a role. *BMC Medical Informatics And Decision Making*, 19(1), 160-160. doi: 10.1186/s12911-019-0891-z
- Verdon, C. (2012). *La nature, les conditions et les limites de la relation infirmière/soigné selon la notion d'intersubjectivité chez Gabriel Marcel*. Université Laval, Québec.
- Vickery, C. (2013). Nearly 25% of Canadian nurses wouldn't recommend their hospital. [Communiqué de Presse] In CBC_News (Éd.), *The Fifth Estate*.
- Vingerhoets, A. J. J. M., & Marcelissen, F. H. G. (1988). Stress research: Its present status and issues for future developments. *Social Science & Medicine*, 26(3), 279-291. doi: 10.1016/0277-9536(88)90392-9
- Wacquant, L. J. D. (1989). Towards a reflexive sociology: A workshop with Pierre Bourdieu. *Sociological Theory*, 7(1), 22-63.
- Wang, F., Lee, E.-K., Wu, T., Benson, H., Fricchione, G., Wang, W., & Yeung, A. (2014). The Effects of Tai Chi on Depression, Anxiety, and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(4), 605-617. doi: 10.1007/s12529-013-9351-9
- Willmott, H. (1993). Strength is ignorance Slavery is freedom: Managing culture in modern organizations. *Journal of Management Studies*, 30(4), 515-552. doi: 10.1111/j.1467-6486.1993.tb00315.x

- Wolfe, J. (2022). *Interdisciplinary pediatric palliative care*: Oxford University Press.
- Wright, R. R., Mohr, C. D., & Sinclair, R. R. (2014). Conflict on the treatment floor: an investigation of interpersonal conflict experienced by nurses. *Journal of Research in Nursing*, 19(1), 26-37. doi: 10.1177/1744987113485577
- Wright, R. R., Mohr, C. D., Sinclair, R. R., & Yang, L.-Q. (2015). Sometimes less is more: Directed coping with interpersonal stressors at work. *Journal of Organizational Behavior*, 36(6), 786-805. doi: 10.1002/job.2002
- Wynendaele, H., Gemmel, P., Pattyn, E., Myny, D., & Trybou, J. (2021). Systematic review: What is the impact of self-scheduling on the patient, nurse and organization? *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 47-82. doi: 10.1111/jan.14579
- Xia, D., Qian, W., Xiaoping, Z., & Yan, S. (2017). Improving sleep quality relieves occupational stress in nurses of cardiac surgical intensive care unit. *Biomedical Research (0970-938X)*, 28(9), 3934-3940.
- Xiao, S., Shi, L., Lin, H., Zhao, S., Ou, W., Zhang, J., . . . Zhang, C. (2022). The impact of psychological capital on turnover intention among Chinese nurses: A moderated mediation model. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 3031-3040. doi: 10.1111/jonm.13702
- Yahyaoui, H. (2016). *Conception d'un jeu sérieux pour la prévention et la gestion du stress lié au travail*. Université du Québec à Chicoutimi. Repéré à <http://constellation.uqac.ca/4252/> Disponible chez Érudit : <http://retro.erudit.org/> Érudit database.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5 edition. éd.). Los Angeles: SAGE.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : design and methods* (Sixth edition. éd.). Los Angeles: SAGE.
- Yoder, L. (2017). Nursing: The Balance of Mind, Body, and Spirit. *MEDSURG Nursing*, 26(2), 75-75.
- Yuwanich, N., Sandmark, H., & Akhavan, S. (2016). Emergency department nurses' experiences of occupational stress: A qualitative study from a public hospital in Bangkok, Thailand. *Work*, 53(4), 885-897. doi: 10.3233/WOR-152181
- Zacharyas, C. (2010). *La résilience sous l'angle de l'autodétermination pour une meilleure santé psychologique des enseignants : déterminer des types de résilience*.

Université de Montréal. Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/4304> Disponible chez Érudit : <http://retro.erudit.org/> Érudit database.

ZareKhafri, F., Torabizadeh, C., & Jaber, A. (2022). Nurses' perception of workplace discrimination. *Nursing Ethics*, 29(3), 675-684. doi: 10.1177/09697330211015291

Zhang, X., Li, Q., Guo, Y., & Lee, S. Y. (2019). From organisational support to second victim-related distress: Role of patient safety culture. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1818-1825. doi: 10.1111/jonm.12881

Zhou, H., Peng, J., Wang, D., Kou, L., Chen, F., Ye, M., . . . Liao, S. (2017). Mediating effect of coping styles on the association between psychological capital and psychological distress among Chinese nurses: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 24(2/3), 114-122. doi: 10.1111/jpm.12350

Appendice A

Regroupement des interventions ciblant les infirmières en tant que personnes

REGROUPEMENT DES INTERVENTIONS CIBLANT LES INFIRMIÈRES EN TANT QUE PERSONNES

De nature physiologique

Servent à réduire la tension des muscles squelettiques ou des muscles blancs, et retrouver un état d'homéostasie et de clarté d'esprit, en utilisant des mécanismes régulateurs innés chez l'être humain (Crockett & Tsai, 1992; Kelley, 1995; O'Hare, 2013). Il est possible de leur associer les interventions suivantes : Relaxation; cohérence cardiaque; biofeedback; exercices, massages, médecine allopathique, exercices autogéniques, saines habitudes de vie, sommeil. D'un point de vue énergétique, les interventions visent une rééquilibration des énergies et des chakras (Trungpa, 2002) : médecine tibétaine, homéopathie, acupuncture, yoga

Massages	(Bulette Coakley, Barron, & Donahue Annese, 2016; Moyer, Rounds, & Hannum, 2004)
Activités autogènes, relaxation, sommeil	(Kanji, White, & Ernst, 2006; Richards, 2016; Xia, Qian, Xiaoping, & Yan, 2017; Yuwanich, Sandmark, & Akhavan, 2016)
Biofeedback	(Sarnoff, 1982)
Traitements radioélectriques	(Rinaldi, Fontani, Aravagli, & Margotti, 2010)
Médecine tibétaine	(Trungpa, 2002)
Équilibrer énergies et développement des chakras	(Best, 2010; Deekshitulu P. V, 2014; Kumar, 1994; Tae Sook, Jeong Sook, & Myung Ae, 2008)
Yoga, Tai Chi	(Mehrabi, Azadi, Pahlavanzadeh, & Meghdadi, 2012; Petropavlovsky, 2013; Ronghua & Xia, 2015; Wang et al., 2014) (Forfylow, 2011; Butterfield, Schultz, Rasmussen, & Proeve, 2017; Cramer, Anheyer, Lauche, & Dobos, 2017);
Autohypnose	(Lepage, 2008);

De nature émotionnelle

Servent à désensibiliser la personne, diminuer la réactivité au stresseur et gagner une nouvelle perspective (Carrington, 2007; Sutherland & Cooper, 1990). Il est possible de leur associer les interventions suivantes : Méditation, réinterprétation positive, loisirs, groupe d'entraide et de sympathie, intelligence/coping émotionnel, spiritualité et prière, fluidité de la conscience, intersubjectivité.

Méditation pleine conscience	(Bergeron, 2016; El-Khoury, 2013, 2014; Guillaumie, Boiral, & Champagne, 2017; Hee Kim, Subramanian, Rahmat, & Phang Cheng, 2014; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Irving, 2011; Iwasaki, 2001; Khoury, Knäuper, Schlosser, Carrière, & Chiesa, 2017; Khoury, Sharma, Rush, & Fournier, 2015; Lacaille, 2016; Lewis, Neville, & Ashkanasy, 2017; Ngô, 2013; O'Driscoll, Byrne, Mc Gillicuddy, Lambert, & Sahm, 2017; Pedersen, Patil, Berget, Ihlebæk, & Gonzalez, 2016; Regehr, Glancy, & Pitts, 2013; Steinhardt & Dolbier, 2008)
Méditation par l'imagerie	(Mendes, 2017)
Coping, focus et retrait émotionnel	(Büssing, Falkenberg, Schoppe, Recchia, & Poier, 2017; Cheng, Cheung, Chio, & Chan, 2013; Dewe, 1993; Hong & Lee, 2016; Li, Guan, Chang, & Zhang, 2014; Mark & Smith, 2012; Taleghani, Ashouri, & Saburi, 2017; Theodoratou, Andreopoulou, Bekos, Pierrakeas, & Skiadopoulos, 2009; Udod, Cummings, Care, & Jenkins, 2017; van der Colff & Rothmann, 2009; Wright, Mohr, Sinclair, & Yang, 2015)
Présence à soi transformationnelle	(Lepage, 2008; Yoder, 2017)
Foi et prières	(Bakibinga, Vinje, & Mittelmark, 2014; Hodge, 2006)
Intersubjectivité	(Crombez, 1981; Verdon, 2012)

[...]

De nature cognitive

Peuvent être considérées de nature cognitive toutes stratégies impliquant une réflexion et un processus de la pensée rationnelle en vue d'une prise de décision quant à la gestion du stress, (Kelley, 1995) ou servant à corriger les cognitions irrationnelles ou erronées (Cotton, 1990; Sutherland & Cooper, 1990). Il est possible de leur associer les interventions suivantes Approche motivationnelle, Locust of Control, hardiesse, résilience; Capital Psychologique Positif; Empowerment, techniques d'évaluation et de restructuration, simulation, mise en contexte et jeu de rôle, immunisation au stress, restructuration cognitive, thérapies cognitivo-comportementales, hypnose.

Restructuration cognitive	(Almeida et al., 2014; Regehr et al., 2013; Skrable & Fitzsimons, 2014; Stewart & Chambless, 2009)
Psychodrame	(Özbas & Tel, 2016)
Évaluation cognitive	(Rui Gomes & Teixeira, 2016)
Modélisation par équations structurelles	(Kamau, Medisauskaite, & Lopes, 2015; Sampasivam, 2013)
Méthodes d'évitement	(Yuwanich et al., 2016)
Réalité virtuelle, cartographie conceptuelle	(Samawi, Miller, & Haras, 2014)
Flexibilité psychologique, acceptation, engagement	(Coghill, 2014; Dionne, Ngô, & Blais, 2013)
Jeu sérieux	(Yahyaoui, 2016)
Thérapie brève pour reconstruction de la réalité	(Turcotte, 2006)
Développer cohérence cognitive	(Cheng et al., 2013; van der Colff & Rothmann, 2009)
Efficacité personnelle, optimisme, espoir et résilience	(Zhou et al., 2017)
Sens de l'accomplissement et du contrôle	(McTiernan & McDonald, 2015)
Selon le type de personnalité	(Mâirean, 2014)
Résilience	(Arzouman, 2015; Grafton, Gillespie, & Henderson, 2010; Pannell, Rowe, & Tully, 2017; Zacharyas, 2010)
Empowerment au travail	(Leblanc, 2010)

De nature comportementale

Ce type d'intervention est inséré à l'intérieur d'un volet éducationnel afin de susciter, chez l'apprenant, une prise de conscience de la nature du stress et de ses répercussions sur leur qualité de vie. Le fait d'être aguerri de la problématique vécue suffit souvent pour y remédier (Fowler, Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992). Il est possible de leur associer les interventions suivantes : programmes éducationnels; formations; ateliers.

Négocier avec situations difficiles	(Ericson-Lidman & Strandberg, 2015)
Ateliers, modules d'éducation	(Poulsen, Sharpley, Baumann, Henderson, & Poulsen, 2015) (van der Veen et al., 2015)

Adapté de la typologie de Kelley (1995)

Appendice B

Schéma et protocole d'entrevue par narration d'épisodes pour participantes et participants

SCHÉMA ET PROTOCOLE D'ENTREVUE PAR NARRATION D'ÉPISODES POUR PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS⁹

Titre du projet de recherche doctoral¹⁰ : Mieux comprendre ce qui contribue au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers : une étude de cas multiples.

Membres de l'équipe du projet de recherche doctoral :

Candidate au doctorat (chercheuse principale) : Nicole Jacob, inf., PhD(c), Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, [REDACTED], nicole.jacob@uqo.ca

Directrice de thèse et chercheuse responsable : Isabelle St-Pierre, inf., PhD., Professeure agrégée en sciences infirmières, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, [REDACTED] poste [REDACTED], isabelle.st-pierre@uqo.ca

Codirecteur de thèse : Jacques-Bernard Gauthier, PhD., Professeur agrégé de méthodologie de la recherche, Département des sciences administratives, Université du Québec en Outaouais, [REDACTED] poste [REDACTED], jacques-bernard.gauthier@uqo.ca

Le protocole d'entrevue s'inscrit à l'intérieur d'un schéma d'entrevue qui se compose des cinq étapes que voici :

Schéma en cinq étapes et protocole d'entrevue :

1. Préparation de la candidate au doctorat (chercheuse principale);
2. Considérations éthiques;
3. Accueil de la participante / du participant;
4. Protocole de l'entrevue :
5. Clôture de l'entrevue.

Schéma	Protocole de l'entrevue par narration d'épisodes
	<ul style="list-style-type: none">• Préparation de la candidate au doctorat (chercheuse principale)• Préparer les outils pertinents à la bonne marche du projet de recherche et à l'analyse des données.
1. Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none">• S'assurer d'une bonne compréhension des objectifs de la recherche;• Préalablement à l'entrevue, revoir le <i>Formulaire d'information et de consentement (FIC) pour les participantes et participants</i>;• Période de questions/réponses à propos du FIC;• Signature du FIC (physique ou par retour de courriel selon que l'entrevue se déroule en mode virtuel ou en présentiel);• Remise d'une copie signée du FIC à la participante / au participant;• En cas de mal fonctionnement de la technologie lorsqu'en mode virtuel, l'entrevue sera cessée. Si la participante / le participant le désire, elle/il pourra faire parvenir une nouvelle plage horaire à la candidate au doctorat (chercheuse principale) pour que soit fixé un nouveau rendez-vous;• Rappeler à la participante / au participant qu'elle/il peut choisir de mettre fin à l'entrevue en tout temps ou de refuser de répondre à une ou des questions.
2. Accueil de la participante / du participant	<ul style="list-style-type: none">• Question d'ouverture et de familiarisation au début de la rencontre;

⁹ Adaptée des étapes de Flick (1997) et de Mueller (2019)

¹⁰ Ce projet est approuvé par les Comités éthiques du [nom du CISSS d'accueil] (no de certification : 2021-342_186) et de l'UQO (no de certification : 2022-2116).

	<ul style="list-style-type: none">• Familiariser la/le participante/participant au style d'entrevue;• Situer le rôle de la/du participante/participant dans la recherche;• Situer mon rôle.
3.	Protocole de l'entrevue de la/du participante/participant
	<ul style="list-style-type: none">• Positionner le phénomène d'intérêt au cœur des récits d'expérience;• Positionner le sujet d'intérêt à l'aide des thèmes de la recherche (artéfacts);• Susciter des témoignages qui soient reliés aux thèmes de la recherche (artéfacts) en demandant à la participante / au participant de décrire dans ses mots le phénomène d'intérêt à l'aide de chacun de ces thèmes;• Décentrer le focus de la participante/du participant en retournant à un niveau d'abstraction à l'aide d'une question plus large.
4.	Clôture de l'entrevue
	<ul style="list-style-type: none">• Faire un retour sur l'entrevue;• Présenter la suite des événements.

Appendice C

Schéma et protocole d'entrevue pour les informateurs-clé

SCHÉMA ET PROTOCOLE D'ENTREVUE POUR LES INFORMATEURS-CLÉ¹¹¹²

Titre du projet de recherche doctoral¹³ : Mieux comprendre ce qui contribue au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers : une étude de cas multiples.

Membres de l'équipe du projet de recherche doctoral :

Candidate au doctorat (chercheuse principale) : Nicole Jacob, inf., PhD. (c), Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, [REDACTED], nicole.jacob@uqo.ca

Directrice de thèse et chercheuse responsable : Isabelle St-Pierre, inf., PhD., Professeure agrégée en sciences infirmières, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, [REDACTED] poste [REDACTED], isabelle.st-pierre@uqo.ca

Codirecteur de thèse : Jacques-Bernard Gauthier, PhD., Professeur agrégé de méthodologie de la recherche, Département des sciences administratives, Université du Québec en Outaouais, [REDACTED] poste [REDACTED], jacques-bernard.gauthier@uqo.ca

Le protocole d'entrevue s'inscrit à l'intérieur d'un schéma d'entrevue qui se compose des cinq étapes que voici :

Schéma en cinq étapes et protocole d'entrevue :

1. Préparation de la candidate au doctorat (chercheuse principale);
2. Considérations éthiques;
3. Accueil des informateurs-clé;
4. Protocole de l'entrevue des informateurs-clé :
5. Clôture de l'entrevue.

Schéma	Protocole de l'entrevue
1.	<p>Préparation de la candidate au doctorat (chercheuse principale)</p> <ul style="list-style-type: none">• Préparer les outils pertinents à la bonne marche du projet de recherche et à l'analyse des données.
2.	<p>Considérations éthiques</p> <ul style="list-style-type: none">• Préalablement à l'entrevue, revoir le <i>Formulaire d'information et de consentement</i> (FIC) pour les informateurs-clé;• Période de questions/réponses à propos du FIC;• Retour sur les objectifs de la recherche;• Signature du FIC (physique ou par retour de courriel selon que l'entrevue se déroule en mode virtuel ou en présentiel) de deux exemplaires du FIC;• Remise d'une copie signée du FIC à l'informateur-clé;• En cas de mal fonctionnement de la technologie lorsqu'en mode virtuel, l'entrevue sera cessée. Si l'informateur-clé le désire, elle/il pourra faire parvenir une nouvelle plage horaire à la candidate au doctorat (chercheuse principale) pour que soit fixé un nouveau rendez-vous;• Rappeler à l'informateur-clé qu'elle/il peut choisir de mettre fin à l'entrevue en tout temps ou de refuser de répondre à une ou des questions.
3.	<p>Accueil de l'informateur-clé</p> <ul style="list-style-type: none">• Question d'ouverture et de familiarisation au début de la rencontre;• Familiariser les informateurs-clé au style d'entrevue;

¹¹ Adaptée des étapes de Flick (1997) et de Mueller (2019)

¹² Dernière mise à jour : 2 novembre 2021

¹³ Ce projet est approuvé par les Comités éthiques du [nom du CISSS d'accueil] (no de certification : 2021-342_186) et de l'UQO (no de certification : 2022-2116).

	<ul style="list-style-type: none">• Situer le rôle de l'informateur-clé dans la recherche;• Situer mon rôle.
4.	Protocole de l'entrevue de l'informateur-clé
	<ul style="list-style-type: none">• Positionner le phénomène d'intérêt;• Positionner le sujet d'intérêt à l'aide des thèmes de la recherche;• Susciter des témoignages en demandant à l'informateur-clé de décrire, dans ses mots, les éléments contextuels liés à ces thèmes;• Décentrer le focus de l'informateur-clé en retournant à un niveau d'abstraction à l'aide d'une question plus large.
5.	Clôture de l'entrevue
	<ul style="list-style-type: none">• Faire un retour sur l'entrevue;• Présenter la suite des événements.

=

Appendice D

Formulaire d'information et de consentement (FIC) pour les participantes et participants

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS

Titre du projet de recherche doctoral¹⁴ : Mieux comprendre ce qui contribue au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers : une étude de cas multiples.

Membres de l'équipe du projet de recherche doctoral :

Candidate au doctorat (chercheuse principale) : Nicole Jacob, inf., PhD(c), Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, [REDACTED], nicole.jacob@uqo.ca

Directrice de thèse et chercheuse responsable : Isabelle St-Pierre, inf., PhD., Professeure agrégée en sciences infirmières, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, 819-[REDACTED] poste [REDACTED], isabelle.st-pierre@uqo.ca

Codirecteur de thèse : Jacques-Bernard Gauthier, PhD., Professeur agrégé de méthodologie de la recherche, Département des sciences administratives, Université du Québec en Outaouais, [REDACTED] poste [REDACTED], jacques-bernard.gauthier@uqo.ca

INFORMATIONS

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que nous désirons explorer les pratiques sociales qui contribuent au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers travaillant en milieu hospitalier. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la candidate au doctorat (chercheuse principale), ou à un membre de l'équipe du projet de recherche doctoral, et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche doctoral

- Nature et contexte de l'étude.
 - Depuis les recommandations du Rapport Lalonde en 1974, et des rapports subséquents, un demi-siècle de coupures budgétaires importantes et de réorganisations du système de santé ont affecté les infirmières et les infirmiers. Une des conséquences fut une augmentation importante de leur détresse psychologique. Malgré vingt-cinq années de recherches scientifiques sur le sujet et les interventions mises en place, cet enjeu psychologique au travail persiste jusqu'à ce jour.
 - La détresse psychologique occasionne des conséquences négatives pour les infirmières et les infirmiers qui la vivent – soit le plus grand nombre de prestataires de services du réseau de santé québécois – entraîne des coûts pour le système de santé et laisse présager d'un impact négatif sur la qualité des soins et, par ricochet, sur la santé et la sécurité des patients.
- But de l'étude
 - En basant leurs recherches exclusivement sur l'identification d'une cause, la recension des écrits a fourni les caractéristiques objectives entourant la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers (DPII) en milieu hospitalier mais rien à propos de son maintien. Cette étude vise une meilleure compréhension non pas du problème de la DPII mais des pratiques sociales qui contribuent au maintien du phénomène de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers (MDPII).

¹⁴ Ce projet est approuvé par les Comités éthiques du [nom du CISSS d'accueil] (no de certification : 2021-342_186) et de l'UQO (no de certification : 2022-2116).

- Question spécifique de recherche
 - Comment les pratiques sociales, retrouvées en milieu hospitalier, contribuent au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers (MDPII)?
- Objectifs de recherche
 - Décrire comment certaines pratiques sociales contribuent aux trois déclinaisons de la réalité sociale du MDPII que sont : a) les interactions dans un contexte individuel; b) les interactions dans un contexte collectif, et; c) les interactions dans un contexte organisationnel.
- Méthodologie de la recherche
 - Afin de permettre la compréhension des pratiques sociales contribuant au phénomène à l'étude, la méthode de recherche utilisée est une étude de cas multiples. L'entrevue semi-structurée sera guidée par un protocole (Schéma d'entrevue) voué à la cueillette de récits d'expérience provenant de la pratique infirmière dans les unités de médecine interne et/ou de chirurgie générale. Quatre thèmes familiers – et représentatifs du milieu hospitalier – serviront de points de départ aux témoignages : le port de l'uniforme infirmier, l'établissement des horaires de travail, la polyvalence professionnelle infirmière et le tableau de répartition des patients.

Recrutement

- Nombre de participantes/participants
 - Le but de la collecte de données est d'identifier les pratiques sociales contribuant au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers. En tant que « témoins » de ces pratiques, cette recherche anticipe recruter autour de vingt (20) participantes/participants, jusqu'à saturation des données, en provenance de l'ensemble des unités de médecine générale et/ou chirurgie interne des hôpitaux du [nom du CISSS d'accueil] :
 - ❖ [Informations non divulguées pour fin de confidentialité]
- Critères de sélection
 - ❖ Pour participer, il faut posséder un permis de pratique valide de l'OIIQ, détenir un poste sur une des unités de médecine générale et/ou chirurgie interne des hôpitaux mentionnés et pouvoir lire et s'exprimer aisément en français.

Déroulement du projet de recherche

- Afin d'identifier les pratiques sociales qui contribuent au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers, ce projet de recherche doctoral a pris la forme d'une étude de cas multiples qui se déroulera à l'aide d'entrevues semi-structurées. Le recrutement des participantes et participants, suivi de la collecte des données, débuteront à l'hiver 2022 et s'échelonneront sur une période allant de quelques mois à un an (durée possible du projet de recherche). Dès le début de la période de recrutement, les intéressées-és seront approchées-és selon les besoins, au fur et à mesure de l'état de l'avancement de la recherche.
- Il n'y aura qu'une seule rencontre par participante/participant et la durée de la participation individuelle est pressentie d'une (1) heure en dehors des heures de travail. Le mode d'entrevue en est un hybride, soit une rencontre virtuelle (par Zoom ou par téléphone) ou, si les conditions socio sanitaires le permettent, une rencontre en présentiel dans un local privé sur les lieux de travail de la/du participante/participant.
- Avec la permission de la/du participante/participant, l'entrevue sera enregistrée en audio seulement. Pendant l'entrevue, la candidate au doctorat (chercheuse principale) prendra des notes. Ces notes ne sont pas à propos de vous, mais lui serviront à faire des liens entre l'analyse et l'encodage des données à la fin des entrevues.
- Cette recherche n'implique aucun volet clinique ou de nature expérimentale.

Nature de la participation

- Si vous acceptez de participer à l'étude, et après avoir signé le présent formulaire, votre rôle consistera à raconter vos expériences lors de certaines situations professionnelles comme par exemple en lien avec votre horaire de travail, ou l'assignation des patients.

Avantages associés à votre participation au projet de recherche doctoral

- Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche en partageant et réfléchissant sur vos expériences professionnelles, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Toutefois, les résultats obtenus sont pressentis contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques quant à une meilleure compréhension du maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers en milieu hospitalier.

Inconvénients associés à votre participation au projet de recherche doctoral

- Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche doctoral en dehors de vos heures de travail, et le déplacement en cas de rencontre en présentiel, cette recherche ne soumet les participantes/participants à aucun inconvénient.

Risques associés au projet de recherche doctoral

- La participation à cette étude ne présente aucun risque supérieur à minimal, soit l'équivalent de risques encourus dans la vie quotidienne (IRSC, 2018).

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la candidate au doctorat (chercheuse principale) ou à l'un des membres de l'équipe du projet de recherche doctoral. Vous ne subirez aucun inconvénient ou représailles si votre décision est de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer. Si vous vous retirez du projet, votre témoignage et le code alphanumérique relié à votre nom seront éliminés définitivement.

Il n'y aura pas de sursollicitation de la part de la candidate au doctorat (chercheuse principale) ni d'aucun membre de l'équipe du projet de recherche doctoral. Par exemple, en cas de mal fonctionnement de la technologie lors d'une entrevue en mode virtuel, ou si la/le participante/participant désire se retirer, l'entrevue sera cessée. Si elle/il le désire, la/le participante/participant pourra alors faire parvenir une nouvelle plage horaire à la candidate au doctorat (chercheuse principale) pour que soit fixé un nouveau rendez-vous. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet, et qui pourrait affecter votre décision de continuer à participer à ce projet, vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Le chercheur responsable de ce projet ou le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, la candidate au doctorat (chercheuse principale) recueillera dans un dossier de recherche, les renseignements concernant votre entrevue. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet doctoral – soient votre formulaire de consentement et l'audio de l'entrevue – seront recueillis.

En regard de votre participation à la recherche, la candidate au doctorat (chercheuse principale) a la responsabilité de protéger vos renseignements confidentiels qui lui sont confiés, et ce, conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec, aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais et aux règlements et politiques du [nom du CISSS d'accueil]. Le respect du droit à la vie privée et à la confidentialité seront maintenus grâce au traitement des données :

- Par codage des données (données dénominalisées) : toute possibilité d'identification par un tiers sera impossible puisque tous les fichiers comprenant des données nominatives et des renseignements

identificatoires seront encryptés. De plus, votre audio/verbatim sera associé à un code alphanumérique. La clé du code, reliant votre nom à votre audio/verbatim, sera conservée par la candidate au doctorat (chercheuse principale) sur une liste qui ne sera accessible que de celle-ci. Les listes de codes et les données seront archivées séparément et traitées à partir de l'ordinateur personnel de la candidate au doctorat (chercheuse principale), lequel ordinateur sera conservé à sa résidence et doté d'un code d'accès et d'un mot de passe. Advenant le souhait d'une/un participante-t de mettre fin à sa participation, l'entrevue sera cessée et ses données seront immédiatement effacées. La liste encryptée des participantes et participants, ainsi que leurs coordonnées, sera conservée pendant un (1) an à la suite de la diplomation.

- Par anonymisation des données : lors de la rédaction de la thèse, les données seront anonymisées. Suivant le dépôt de la thèse, la liste de code sera détruite. Puisque ce processus enlève irrévocablement toute possibilité d'identification, les participantes-ts n'auront plus accès à leurs données. L'ensemble des documents numérisés – courriels, photographies du formulaire de consentement prises par les participantes/participants, journal de bord, enregistrements audio et verbatim – sera consigné sur un périphérique d'entreposage de mémoire de masse, doté d'un mot de passe. Ce périphérique d'entreposage de mémoire de masse, ainsi que les formulaires de consentement en version papier, seront entreposées à l'Université du Québec en Outaouais – dans le bureau verrouillé de la directrice de thèse, dans un classeur fermé à clé – et conservées pendant les cinq (5) années suivant la diplomation. À la suite de cette période de cinq (5) ans, les données électroniques seront définitivement éliminées du périphérique d'entreposage de mémoire de masse à l'aide d'un logiciel qui les efface définitivement, et les documents papier seront déchiquetés.

En conformité avec la loi sur l'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la candidate au doctorat (chercheuse principale) de ce projet de recherche détient ces informations, i.e. jusqu'à l'anonymisation des données. Vous n'aurez qu'à en faire la demande (par téléphone ou par courriel) à la candidate au doctorat (chercheuse principale) qui vous transmettra alors vos données à l'aide d'un Protocole FTP (File Transfer Protocole) à partir de son serveur personnel.

Diffusion des résultats

- Une synthèse des résultats anonymisés et agrégés du projet de recherche doctoral sera présentée, sous forme d'un document exécutif, à la DSI du [nom du CISSS d'accueil]. Les participantes-ts qui en font la demande recevront un résumé anonymisé des résultats de la recherche. Les résultats anonymisés et agrégés seront aussi publiés sous forme d'articles dans des revues scientifiques spécialisées et feront l'objet de discussions scientifiques. Cependant, peu importe le type de transfert des connaissances, il ne sera pas possible de vous identifier ni d'identifier le [nom du CISSS d'accueil].
- Il n'y aura aucune utilisation secondaire des données de recherche aux fins de projets de recherche futurs.

Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

Indemnisation en cas de préjudice et droits de la/du participant(e) à la recherche

Si vous ressentez le besoin de vous exprimer à la suite de votre participation à l'étude, vous pouvez vous adresser à votre programme d'aide aux employés en communiquant avec la société [nom, site Internet et numéro de téléphone de la compagnie offrant un service d'aide aux employés]. Vous pouvez aussi contacter, en toute confidentialité, le service d'aide téléphonique Tel-aide au 514-935-1101 (pour l'ensemble du Québec).

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la candidate au doctorat (chercheuse principale) de ce projet de recherche, ainsi que l'établissement, de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la candidate au doctorat (chercheuse principale) (nicole.jacob@uqo.ca ou [REDACTED]), avec la directrice de thèse et

chercheuse responsable (isabelle.st-pierre@uqo.ca ou [REDACTED] poste [REDACTED]) ou avec le codirecteur de thèse (jacques-bernard.gauthier@uqo.ca au [REDACTED] poste [REDACTED]).

Pour toutes questions concernant vos droits en tant que participante/participant à ce projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dont voici les coordonnées :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

[Nom du CISSS d'accueil et coordonnées non divulguées]

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du [nom du CISSS d'accueil] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toutes questions d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes :

Comité d'éthique de la recherche (CÉR)

[Nom du CISSS d'accueil et coordonnées non divulguées]

Pour toutes questions touchant l'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, le/la participant(e) peut communiquer avec M. André Durivage, président du CÉR de l'UQO, au 819-595-3900 (poste 3970) à l'adresse courriel comite.ethique@uqo.ca ou avec Me Ouellet, secrétaire général de l'Université du Québec en Outaouais, à l'adresse courriel sophie.ouellet@uqo.ca

CONSENTEMENT DE LA PARTICIPANTE / DU PARTICIPANT

Titre du projet de recherche doctoral

Mieux comprendre ce qui contribue au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers : une étude de cas multiples.

1. Consentement de la participante / du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche doctoral aux conditions qui y sont énoncées.

De plus, je consens à l'enregistrement audio de nos entretiens

Signature de la participante / du participant

Date

2. Signature et engagement de la candidate au doctorat (chercheuse principale)

J'ai expliqué à la participante / au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'elle/il m'a posées. Je certifie avoir expliqué à la participante / au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, avoir répondu aux questions qu'elle/il avait à cet égard et avoir clairement indiqué qu'elle/il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjuges.

Je m'engage, avec l'équipe du projet de recherche doctoral, à respecter ce qui a été convenu à ce formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée à la participante / au participant.

Signature de la candidate au doctorat (chercheuse principale)

Nicole Jacob

Date

3. Signature et engagement de la chercheuse responsable de ce projet de recherche doctoral

Je certifie qu'on a expliqué à la participante / au participant les termes du présent formulaire

d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'elle/il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'elle/il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe du projet de recherche doctoral, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Signature de la chercheuse responsable du projet de recherche
Isabelle St-Pierre, inf., PhD

Date

Appendice E

Formulaire d'information et de consentement (FIC) pour les informateurs-clé

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES INFORMATEURS-CLÉ

Titre du projet de recherche doctoral¹⁵ : Mieux comprendre ce qui contribue au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers : une étude de cas multiples.

Membres de l'équipe du projet de recherche doctoral :

Candidate au doctorat (chercheuse principale) : Nicole Jacob, inf., PhD(c), Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, [REDACTED], nicole.jacob@uqo.ca

Directrice de thèse et chercheuse responsable : Isabelle St-Pierre, inf., PhD., Professeure agrégée en sciences infirmières, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, 819-[REDACTED] poste [REDACTED], isabelle.st-pierre@uqo.ca

Codirecteur de thèse : Jacques-Bernard Gauthier, PhD., Professeur agrégé de méthodologie de la recherche, Département des sciences administratives, Université du Québec en Outaouais, [REDACTED] poste [REDACTED], jacques-bernard.gauthier@uqo.ca

INFORMATIONS

Préambule

Nous sollicitons votre collaboration à un projet de recherche parce que, à titre d'informateur-clé, vous pourriez apporter une aide à l'exploration des pratiques sociales qui contribuent au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers travaillant en milieu hospitalier. Cependant, avant d'accepter de collaborer à ce projet, et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la candidate au doctorat (chercheuse principale), ou à un membre de l'équipe du projet de recherche doctoral, et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche doctoral

- Nature et contexte de l'étude.
 - Depuis les recommandations du Rapport Lalonde en 1974, et des rapports subséquents, un demi-siècle de coupures budgétaires importantes et de réorganisations du système de santé ont affecté les infirmières et les infirmiers. Une des conséquences fut une augmentation importante de leur détresse psychologique. Malgré vingt-cinq années de recherches scientifiques sur le sujet et les interventions mises en place, cet enjeu psychologique au travail persiste jusqu'à ce jour.
 - La détresse psychologique occasionne des conséquences négatives pour les infirmières et les infirmiers qui la vivent – soit le plus grand nombre de prestataires de services du réseau de santé québécois – entraîne des coûts pour le système de santé et laisse présager d'un impact négatif sur la qualité des soins et, par ricochet, sur la santé et la sécurité des patients.
- But de l'étude
 - En basant leurs recherches exclusivement sur l'identification d'une cause, la recension des écrits a fourni les caractéristiques objectives entourant la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers (DPII) en milieu hospitalier mais rien à propos de son maintien. Cette étude vise une meilleure compréhension non pas du problème de la DPII mais des pratiques sociales qui contribuent au maintien du phénomène de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers (MDPII).
- Question spécifique de recherche
 - Comment les pratiques sociales, retrouvées en milieu hospitalier, contribuent au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers (MDPII)

¹⁵ Ce projet est approuvé par les Comités éthiques du [nom du CISSS d'accueil] (no de certification : 2021-342_186) et de l'UQO (no de certification : 2022-2116).

- Objectifs de recherche
 - Décrire comment certaines pratiques sociales contribuent aux trois déclinaisons de la réalité sociale du MDPII que sont : a) les interactions dans un contexte individuel; b) les interactions dans un contexte collectif, et; c) les interactions dans un contexte organisationnel.
- Méthodologie de la recherche
 - Afin de permettre la compréhension des pratiques sociales contribuant au phénomène à l'étude, la méthode de recherche utilisée est une étude de cas multiples. L'entrevue semi-structurée sera guidée par un protocole (schéma d'entrevue) voué à la cueillette de récits d'expérience provenant de la pratique infirmière dans les unités de médecine générale et/ou de chirurgie interne. Quatre thèmes familiers – et représentatifs du milieu hospitalier – serviront de points de départ aux témoignages : l'établissement des horaires de travail, la polyvalence professionnelle infirmière, le tableau de répartition des patients et le port de l'uniforme infirmier.

Recrutement

- Nombre d'informateurs-clé
 - Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous anticipons recruter entre un et six informateurs-clé en provenance de l'ensemble des installations du [nom du CISSS d'accueil] :
 - ❖ [Informations non divulguées pour fin de confidentialité]
- Critères de sélection
 - Pour collaborer à ce projet de recherche doctoral, l'informateur-clé devra pouvoir lire et s'exprimer aisément en français et devra être en mesure de fournir des informations contextuelles, dérivées des sources informationnelles documentaires (politiques organisationnelles, procédures, protocoles, règles, convention collective ou autres...) – à propos de l'établissement de chacun des thèmes de la recherche (établissement des horaires de travail, polyvalence professionnelle infirmière, tableau de répartition des patients, port de l'uniforme infirmier).

Déroulement du projet de recherche

- Afin d'instruire à propos du contexte lié aux pratiques sociales contribuant au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers, ce projet de recherche doctoral a pris la forme d'une étude de cas multiples qui se déroulera à l'aide d'entrevues semi-structurées. Ceci requiert la collaboration d'informateurs-clé; vous avez reçu un courriel d'invitation à cet effet. Le recrutement et la collecte des données auprès des participantes/participants et des informateurs-clé débutera à l'hiver 2022 et s'échelonnera sur une période allant de quelques mois à un an (durée possible du projet de recherche).
- Une seule rencontre par informateur-clé est prévue dont la durée pressentie est d'une demi-heure (1/2 hre). Le mode d'entrevue individuel en est un hybride, soit une rencontre virtuelle (par Zoom ou par téléphone) ou, si les conditions socio sanitaires le permettent, une rencontre en présentiel dans un local privé sur les lieux du travail de l'informateur-clé.
- Avec la permission de l'informateur-clé, l'entrevue sera enregistrée en audio seulement. Pendant l'entrevue, la candidate au doctorat (chercheuse principale) prendra des notes. Ces notes ne sont pas à propos de vous, mais lui serviront à faire des liens entre l'analyse et l'encodage des données à la fin des entrevues.
- Cette recherche n'implique aucun volet clinique ou de nature expérimentale.

Nature de la participation

- Si vous acceptez de collaborer à l'étude, et après avoir signé le présent formulaire, votre rôle consistera à fournir des informations contextuelles à propos de l'établissement et de la portée des politiques, procédures, protocoles, règles, convention collective ou autres en lien avec chacun des thèmes de la recherche, soit le port de l'uniforme infirmier, la polyvalence professionnelle infirmière, la feuille des horaires et le tableau de répartition des patients.

Avantages associés à votre collaboration au projet de recherche doctoral

- Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre collaboration à ce projet de recherche en partageant et réfléchissant sur les données contextuelles liées aux documents que vous aurez fournis, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Toutefois, les résultats obtenus sont pressentis contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques quant à une meilleure compréhension du maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers en milieu hospitalier.

Inconvénients associés à votre collaboration au projet de recherche doctoral

- Outre le temps consacré pour votre collaboration à ce projet de recherche doctoral, cette recherche ne soumet les informateurs-clé à aucun inconvénient.

Risques associés au projet de recherche doctoral

- La collaboration à cette étude ne présente aucun risque supérieur à minimal, soit l'équivalent de risques encourus dans la vie quotidienne (IRSC, 2018)

Collaboration volontaire et possibilité de retrait

Votre collaboration à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons en faisant connaître votre décision à la candidate au doctorat (chercheuse principale) ou à l'un des membres de l'équipe du projet de recherche doctoral. Vous ne subirez aucun inconvénient ou représailles si votre décision est de ne pas collaborer à ce projet de recherche ou de vous en retirer. Si vous vous retirez du projet, votre témoignage et le code alphanumérique relié à votre nom seront éliminés définitivement.

Il n'y aura pas de sursollicitation de la part de la candidate au doctorat (chercheuse principale) ni de la part d'aucun membre de l'équipe du projet de recherche doctoral. Par exemple, en cas de mal fonctionnement de la technologie lors d'une entrevue en mode virtuel, ou si l'informateur-clé désire se retirer, l'entrevue sera cessée. Si elle/il le désire, l'informateur-clé pourra alors faire parvenir une nouvelle plage horaire à la candidate au doctorat (chercheuse principale) pour que soit fixé un nouveau rendez-vous. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet, et qui pourrait affecter votre décision de continuer à participer à ce projet, vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Le chercheur responsable de ce projet ou le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux peuvent mettre fin à votre collaboration, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre collaboration au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Confidentialité

Durant votre collaboration à ce projet de recherche, la candidate au doctorat (chercheuse principale) recueillera dans un dossier de recherche, les renseignements concernant votre entrevue. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet doctoral – soient votre formulaire de consentement et l'audio de l'entrevue – seront recueillis.

En regard de votre collaboration à la recherche, la candidate au doctorat (chercheuse principale) a la responsabilité de protéger vos renseignements confidentiels qui lui sont confiés, et ce, conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec, aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais et aux règlements et politiques du [nom du CISSS d'accueil]. Le respect du droit à la vie privée et à la confidentialité seront maintenus grâce au traitement des données :

- Par codage des données (données dénominalisées) : toute possibilité d'identification par un tiers sera impossible puisque tous les fichiers comprenant des données nominatives et des renseignements identificatoires seront encryptés. De plus, votre audio/verbatim sera associé à un code alphanumérique. La clé du code, reliant votre nom à votre audio/verbatim, sera conservée par la candidate au doctorat (chercheuse principale) sur une liste qui ne sera accessible que de celle-ci. Les listes de codes et les données seront archivées séparément et traitées à partir de l'ordinateur personnel de la candidate au doctorat (chercheuse principale), lequel ordinateur sera conservé à sa résidence et doté d'un code d'accès et d'un mot de passe. Advenant le souhait de l'informateur-clé de mettre fin à sa collaboration, l'entrevue sera cessée et ses données seront immédiatement effacées. La liste encryptée des informateurs-clé, ainsi que leurs coordonnées, sera conservée pendant un (1) an à la suite de la diplomation.

- Par anonymisation des données : lors de la rédaction de la thèse, les données seront anonymisées. Suivant le dépôt de la thèse, la liste de code sera détruite. Puisque ce processus enlève irrévocablement toute possibilité d'identification, les informateurs-clé n'auront plus accès à leurs données. L'ensemble des documents numérisés – courriels, photographies du formulaire de consentement prises par les informateurs-clé, journal de bord informatisé, enregistrements audio et verbatim – sera consigné sur un périphérique d'entreposage de mémoire de masse, doté d'un mot de passe. Ce périphérique d'entreposage de mémoire de masse, ainsi que les formulaires de consentement en version papier, seront entreposées à l'Université du Québec en Outaouais – dans le bureau verrouillé de la directrice de thèse, dans un classeur fermé à clé – et conservés pendant les cinq (5) années suivant la diplomation. À la suite de cette période de cinq (5) ans, les données électroniques seront définitivement éliminées du périphérique d'entreposage de mémoire de masse à l'aide d'un logiciel qui les efface définitivement, et les documents papier seront déchiquetés.

En conformité avec la loi sur l'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la candidate au doctorat (chercheuse principale) de ce projet de recherche détient ces informations, i.e. jusqu'à l'anonymisation des données. Vous n'aurez qu'à en faire la demande (par téléphone ou par courriel) à la candidate au doctorat (chercheuse principale) qui vous transmettra alors vos données à l'aide d'un Protocole FTP (File Transfer Protocole) à partir de son serveur personnel.

Diffusion des résultats

- Une synthèse des résultats anonymisés et agrégés du projet de recherche doctoral sera présentée, sous forme d'un document exécutif, à la DSI du [nom du CISSS d'accueil]. Les informateurs-clé qui en font la demande recevront un résumé anonymisé des résultats de la recherche. Les résultats anonymisés et agrégés seront aussi publiés sous forme d'articles dans des revues scientifiques spécialisées et feront l'objet de discussions scientifiques. Cependant, peu importe le type de transfert des connaissances, il ne sera pas possible de vous identifier ni d'identifier le [nom du CISSS d'accueil].
- Il n'y aura aucune utilisation secondaire des données de recherche aux fins de projets de recherche futurs.

Compensation

Outre votre salaire du [nom du CISSS d'accueil] pour le temps de l'entrevue, vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre collaboration à ce projet de recherche.

Indemnisation en cas de préjudice et droits de l'informateur-clé

Si vous ressentez le besoin de vous exprimer à la suite de votre collaboration à l'étude, vous pouvez vous adresser à votre programme d'aide aux employés en communiquant avec [nom, site Internet et numéro de téléphone de la compagnie offrant un service d'aide aux employés]. Vous pouvez aussi contacter, en toute confidentialité, le service d'aide téléphonique Tel-aide au 514-935-1101 (pour l'ensemble du Québec).

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la candidate au doctorat (chercheuse principale) de ce projet de recherche, ainsi que l'établissement, de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre collaboration au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la candidate au doctorat (chercheuse principale) (nicole.jacob@uqo.ca ou [REDACTED]), avec la directrice de thèse et chercheuse responsable (isabelle.st-pierre@uqo.ca ou [REDACTED] poste [REDACTED]) ou avec le codirecteur de thèse (jacques-bernard.gauthier@uqo.ca au [REDACTED] poste [REDACTED]).

Pour toutes questions concernant vos droits en tant qu'informateur-clé collaborant à ce projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dont voici les coordonnées :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

[Nom et coordonnées du CISSS d'accueil]

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du [nom du CISSS d'accueil] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant votre collaboration à ce projet de recherche, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes :

Comité d'éthique de la recherche (CÉR)

[Nom et coordonnées du CÉR du CISSS d'accueil]

Pour toutes questions touchant l'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, l'informateur-clé peut communiquer avec M. André Durivage, président du CÉR de l'UQO, au 819-595-3900 (poste 3970) à l'adresse courriel comite.ethique@uqo.ca ou avec Me Ouellet, secrétaire général de l'Université du Québec en Outaouais, à l'adresse courriel sophie.ouellet@uqo.ca

CONSENTEMENT DE L'INFORMATEUR-CLÉ

Titre du projet de recherche doctoral

Mieux comprendre ce qui contribue au maintien de la détresse psychologique chez les infirmières et les infirmiers : une étude de cas multiples.

1. Consentement de l'informateur-clé

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à collaborer à ce projet de recherche doctoral aux conditions qui y sont énoncées.

De plus, je consens à l'enregistrement audio de nos entretiens

Signature de l'informateur-clé

Date

2. Signature et engagement de la candidate au doctorat (chercheuse principale)

J'ai expliqué à l'informateur-clé les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'elle/il m'a posées. Je certifie avoir expliqué à l'informateur-clé les termes du présent formulaire d'information et de consentement, avoir répondu aux questions qu'elle/il avait à cet égard et avoir clairement indiqué qu'elle/il demeure libre de mettre un terme à sa collaboration, et ce, sans préjuges.

Je m'engage, avec l'équipe du projet de recherche doctoral, à respecter ce qui a été convenu à ce formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée à l'informateur-clé.

Signature de la candidate au doctorat (chercheuse principale)

Nicole Jacob

Date

3. Signature et engagement de la chercheuse responsable de ce projet de recherche doctoral

Je certifie qu'on a expliqué à l'informateur-clé les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe du projet de recherche doctoral, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Signature de la chercheuse responsable du projet de recherche

Isabelle St-Pierre, inf., PhD.

Date