

5

Résumé

Les conditions de travail des infirmières au Québec se sont détériorées avec l'institutionnalisation du temps supplémentaire obligatoire (TSO), pratique issue des réformes néolibérales en santé. Bien que présenté comme une solution temporaire au manque de personnel à la fin des années 1990, le TSO s'est ancré dans les structures organisationnelles, entraînant des résistances infirmières de plus en plus visibles. Cet article analyse le TSO comme un symptôme des transformations managériales du réseau de la santé, en mobilisant les cadres théoriques de la lutte pour la reconnaissance chez Axel Honneth et des injustices épistémiques chez Miranda Fricker. Il examine d'abord l'émergence du TSO dans le contexte de la Nouvelle gestion publique (NGP), puis son impact sur la profession infirmière et, enfin, les différentes pratiques de résistance mobilisées par les infirmières pour le contrer. Finalement, l'objectif de cette analyse critique est de proposer que le TSO ne relève pas uniquement d'une crise organisationnelle, mais d'un enjeu sociopolitique intrinsèquement lié à l'évolution de la profession infirmière.

Mots clés Infirmière, nouvelle gestion publique, résistance, temps supplémentaire obligatoire, Québec

Analyse critique du “temps supplémentaire obligatoire” chez les infirmières du Québec : Lorsque les pratiques de résistance se heurtent aux injustices épistémiques

*CAROLINE DUFOUR, NATALIE STAKE-DOUCET,
PIERRE PARISEAU-LÉGAULT & AMÉLIE PERRON*

Introduction

À travers le monde, la précarité des conditions de travail des infirmières représente une problématique majeure (Conseil International des infirmières, 2025). Ces conditions difficiles, exacerbées par la pandémie de COVID-19, sont issues d'enjeux sociohistoriques de longue date (Buchan & Catton, 2023; CII, 2025). Divers regroupements professionnels, syndicats et associations représentant le personnel infirmier dénoncent cette situation insoutenable par différents moyens

de pression, tant au Québec qu'à l'international. En 2023, le Conseil International des infirmières (CII) rapportait une « augmentation sans précédent de manifestations et de grèves par les infirmières » (Buchan & Catton, 2023, p. 30).

Au Québec depuis 2020, les dénonciations médiatiques et la résistance des infirmières se sont multipliées, surtout à l'égard du temps supplémentaire obligatoire (TSO) (Gagnon et al., 2022; Gohier & Ngué-No, 2018; Lefrançois, 2023). Le TSO peut être provisoirement défini comme l'imposition, par un gestionnaire, d'un quart de travail additionnel à une infirmière déjà en poste, en utilisant généralement comme justification la pénurie de personnel. Cette imposition est souvent adjointe de menaces de sanctions advenant un refus d'obtempérer par l'infirmière. Sur un quart de travail de jour, généralement d'une durée de 8 heures consécutives, on pourrait donc imposer à l'infirmière de travailler jusqu'à minuit. Les infirmières ont, depuis des années, travaillé à résister à cette pratique, à travers des grèves d'occupation, des dénonciations publiques et des démissions. À titre d'exemple, en septembre 2020, l'infirmière Emy Coutu

annonce sa démission publiquement sur Facebook et écrit: « je quitte un travail qui m'a rendu malade » et mentionne le TSO comme un des facteurs qui a mené à sa décision (Girard-Bossé, 2021). Le TSO est devenu en quelque sorte un « cri de ralliement » pour la résistance des infirmières. Bien que la résistance fasse partie du quotidien de nombreuses infirmières, cette résistance, à l'instar de leur travail, est souvent invisibilisé.

Cet article offre une analyse féministe et critique du TSO et de la résistance vis-à-vis celui-ci, tout en cherchant à visibiliser les dynamiques sociopolitiques qui les sous-tendent. En s'inspirant des travaux de Miranda Fricker sur l'injustice épistémique (Fricker, 2007) et d'Axel Honneth sur la lutte pour la reconnaissance (Honneth, 2008), nous avons posé comme hypothèse que le TSO représente le symptôme d'une pathologie sociale et d'un épistémicide professionnel. Tout d'abord, un retour historique sur les racines du TSO dans le tournant néolibéral en santé vers la Nouvelle gestion publique (NGP) sera présenté. Cet historique permettra de révéler les relations sociales pathologiques qui ont vu émerger le TSO, mais aussi la résistance au TSO. Finalement, la résistance infirmière au TSO, dans ses formes publiques sera présentée comme une rébellion épistémique, qui menace l'hégémonie idéologique néolibérale caractérisant l'organisation du réseau de la santé au Québec.

1. Fricker et l'injustice épistémique

Au cours des trente dernières années, les épistémologies féministes et postcoloniales ont permis de poser un regard critique sur l'ignorance en repensant les liens entre les savoirs, les inégalités sociales et les injustices épistémiques (Code, 2014; Godrie & Dos Santos, 2017). De façon plus spécifique, les épistémologies féministes de l'ignorance et du positionnement ont concentré leurs efforts à exposer comment les conceptions et les pratiques de production des savoirs désavantagent systématiquement certains groupes marginalisés et subordonnés (Godrie et Dos Santos, 2017; Sullivan et Tuana, 2007). Afin de saisir le fonctionnement des conceptions et des pratiques de production des savoirs, Fricker (2007) associe les injustices épistémiques à l'identité sociale, entendue comme le mode selon lequel les individus ou les groupes sont perçus et catégorisés à travers les préjugés et les stéréotypes qui leur sont attribués. Ainsi, Fricker (2007) propose de conceptualiser l'injustice épistémique comme une forme d'injustice qui porte atteinte à une personne dans sa capacité à être reconnue comme un sujet de connaissance. Afin de préciser les mécanismes par lesquels l'identité sociale influence la reconnaissance épistémique, Fricker (2007) distingue deux formes d'injustices, testimoniales et

herméneutiques.

1.1 Les formes d'injustices épistémiques et leur inscription dans le contexte infirmier

Dans le cas de l'injustice testimoniale, la personne est lésée dans sa capacité de connaissance (knower), c'est-à-dire que l'identité sociale qu'on lui attribue perpétue de fausses croyances et des stéréotypes à son sujet et elle est alors perçue comme moins crédible (Code, 2014; Fricker, 2007; Godrie et Dos Santos, 2017). Ainsi, les personnes en situation d'injustice testimoniale sont privées d'occasions pour exprimer leurs expériences et leurs savoirs ou, lorsque l'occasion de s'exprimer se présente, leurs paroles ne sont pas prises en compte (Fricker, 2007). Conséquemment, le fait d'être systématiquement décrédibilisées affecte l'estime de soi et engendre une auto-exclusion de ces personnes des processus décisionnels (Godrie et Dos Santos, 2017). Chez les infirmières, comme nous le verrons dans les sections subséquentes de cet article, l'injustice testimoniale s'est construite à l'intérieur même de la profession, et s'est exacerbée avec les réformes successives néolibérales du système de santé publique. Plusieurs études démontrent que lorsqu'elles se sentent exclues des processus décisionnels, les infirmières ont tendance à se désengager politiquement et à ne plus percevoir leur capacité d'opérer des changements politiques (Martin et Bouchard, 2020; McMillan et Perron, 2020; Wilson et al., 2020). Godrie et Dos Santos (2017) ajoutent également une notion intéressante, soit l'utilisation de certains termes ou explications pour réduire les personnes au silence. Dans le cas des infirmières au Québec, ces dernières font souvent référence à la « culture du silence » du réseau de la santé pour expliquer leur incapacité à s'exprimer de façon critique sur l'état des soins dans le réseau ou dénoncer ce qu'elles et leurs patients vivent (Moore et McAuliffe, 2010).

L'injustice herméneutique, quant à elle, s'opère lorsqu'il y a une distribution inéquitable des ressources interprétatives collectives (Godrie et Dos Santos, 2017; Fricker, 2007). De façon plus précise, les expériences sociales s'inscrivent dans la vision prônée par ceux qui détiennent le pouvoir et on voit alors apparaître des injustices sociales et des inégalités structurelles entre les différents groupes (Fricker, 2007). L'orateur se trouve alors privé d'un régime d'interprétation et d'énonciation de son expérience sociale en raison des préjugés auxquels il fait face (Fricker, 2007; Perron & Rudge, 2016). En empêchant ces personnes de donner un sens à leur expérience, cette privation les place en position de vulnérabilité, engendre de la confusion et de l'incompréhension, mais aussi une marginalisation morale et politique qui permet le maintien de leur état de subordination

et d'exclusion (Fricker, 2007; Perron & Rudge, 2016; Perron et al., 2020).

Perron et Rudge (2016) expliquent d'ailleurs comment la mise en place de certains mécanismes coercitifs et de stratégies discursives dans les établissements de santé sert à légitimer et normaliser la primauté de certains savoirs, tout en maintenant certains groupes dans l'ignorance. Au fil du temps, l'utilisation de stratégies discursives et institutionnelles pour assurer l'obéissance des infirmières, telles que les menaces et les représailles, a été normalisée, voire même légalisée (Perron, Rudge et Gagnon, 2020). Pour comprendre comment les injustices épistémiques s'inscrivent dans les expériences des infirmières québécoises, l'analyse suivante mettra en relation les concepts d'injustice testimoniale et herméneutique, tels que proposés par Fricker (2007), avec les contextes socio-historiques et politiques qui ont influencé l'identité, la socialisation professionnelle et la professionnalisation des infirmières québécoises, ainsi que la mobilisation et la résistance infirmière face au TSO.

2. Honneth et la lutte pour la reconnaissance

Fricker (2007) se concentre sur le plan épistémique, c'est-à-dire qu'elle conceptualise comment les préjugés, les stéréotypes et les lacunes interprétatives marginalisent la personne en tant que productrice et détentrice de savoir. Honneth (2008) introduit l'idée que la lutte contre l'injustice, y compris épistémique, est aussi liée à la quête de la reconnaissance et à sa dimension relationnelle et sociale. La pensée d'Honneth (2008) enrichit celle de Fricker (2007) puisqu'elle permet d'éclairer, dans un premier temps, sur les raisons qui poussent les victimes d'injustice épistémiques à chercher réparation, mais également sur les moyens déployés par celles-ci pour résister et s'émanciper. Dans le cas des infirmières, le TSO agit comme un mécanisme à la fois d'injustice épistémique (Fricker) et de déni de reconnaissance (Honneth), en maintenant le pouvoir hiérarchique et en naturalisant le sacrifice et la disponibilité féminine.

2.1 Socialisation professionnelle et déni de reconnaissance

Le TSO fait partie des éléments de socialisation professionnelle des infirmières qui régule l'injustice épistémique. Pour les théoriciens de l'École de Chicago, le processus de socialisation, qui mène à la construction des identités individuelles et sociales, est également tributaire des interactions entre les individus et leurs milieux de socialisation, tels que les maisons d'enseignement ou les organisations de santé

(Strauss, 1992). Ce processus de socialisation est également influencé par « la nature du degré de reconnaissance accordé par ces milieux » (Lanher, 2016, p. 1). À ce sujet, la théorie de la lutte pour la reconnaissance d'Honneth (2008) permet d'éclairer comment les processus de constitution de soi sont soumis à des conflits et plus précisément, à des expériences de souffrance (déni de reconnaissance) et d'émancipation (Honneth & Rusch, 2013; Pariseau-Legault & Paradis-Gagné, 2024). Par ailleurs, les acteurs, quoique soumis aux normes sociales et structurelles, ne sont pas passifs et au contraire, arrivent à résister et à tirer profit de la mince marge de manœuvre dont ils disposent pour se soustraire, du moins partiellement, des processus de contrôle et d'identification qui leur sont imposés (Lanher, 2016; Strauss, 1992). La reconnaissance idéologique selon Honneth est la reconnaissance qui légitime les relations de pouvoir et/ou lorsqu'elle se limite à des dimensions symboliques. Pour les infirmières, ces deux éléments interviennent; le TSO est à la fois symbole de « vocation » et « sacrifice » et la légitimation du pouvoir de l'administration hospitalière sur les infirmières. Le TSO est une pathologie sociale qui s'est développée sur les bases déjà gangrenées par le sexisme de la profession infirmière et du système hospitalier.

2.1 Le TSO comme symptomatologie organisationnelle

Honneth (2008) explique qu'une pathologie sociale est une forme d'injustice résultant des formes de dysfonctionnement structurels, historiques, sociaux et culturels. Elle émerge des mécanismes sociaux qui entravent le développement et la reconnaissance des individus (Honneth, 2008). La pathologie sociale peut alors être comprise comme une injustice systémique puisqu'elle est profondément enracinée dans les structures sociales, qui à leur tour façonnent les opportunités et les interactions des individus. Ainsi, le TSO peut être compris comme une pathologie sociale du travail infirmier, celle-ci étant ancrée dans l'histoire de la subordination infirmière. Issu initialement d'une « perturbation » du réseau public, soit les réformes néolibérales, le TSO s'est construit comme forme de gestion en individualisant des problèmes systémiques. Le manque de personnel est devenu la responsabilité individuelle des infirmières en poste plutôt qu'une responsabilité de gestion. Cette nouvelle responsabilité d'assurer la présence d'une infirmière sur le quart suivant est impossible à réaliser pour une infirmière soignante sur le terrain, elle n'a ni l'autorité, ni les outils de gestion pour le faire. Le TSO devient alors la seule option possible, mais avec un coût social et moral très élevé. Cette forme de pathologie sociale s'inscrit dans un cadre plus large de transformations

organisationnelles, où la Nouvelle gestion publique, l'héritage vocationnel, la professionnalisation et les dynamiques de mobilisation des infirmières viennent façonner et parfois exacerber les conditions d'injustice épistémique et de déni de reconnaissance liées au TSO.

3. Contexte sociohistorique: le virage néolibéral en santé

3.1 La Nouvelle gestion publique et l'émergence du TSO

En 1996, la réforme du « virage ambulatoire » s'amorce au Québec et marque le début de l'implantation de l'idéologie néolibérale et managériale dans le système de santé publique (Dubois & Dussault, 2002). Le virage ambulatoire avait pour objectif de diminuer les coûts reliés aux hospitalisations dites « inutiles » en renforçant les services de première ligne et en se détachant du modèle hospitalo-centrique instauré en 1966 suite à l'adoption de l'assurance maladie, un objectif qu'on n'a jamais atteint (Plourde, 2021). Cela s'explique d'abord par la forte diminution des transferts en santé du gouvernement fédéral (Strohschein & Weitz, 2013), mais également par les subséquentes coupures majeures en santé effectuées par le même gouvernement qui avait proposé le virage ambulatoire (Plourde, 2021). À cet effet, un programme d'incitation à la retraite anticipée fut mis en place pour diminuer le nombre d'effectifs infirmiers jugés trop grands et des milliers d'infirmières s'en prévalurent (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). Du jour au lendemain, des milliers d'effectifs humains ont été coupés. C'est à ce moment que le TSO voit le jour comme mode de gestion formelle; on le prétendait une mesure « temporaire » pour pallier le départ de milliers de travailleurs et travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux (Cyr et al., 2019) Or, près de trois décennies plus tard, l'usage du TSO demeure monnaie courante.

3.2 La transformation des modes de gestion et ses effets structurels

Conséquemment, la réorganisation des services de santé s'opère dans le but d'atteindre une « saine gestion » des fonds publics et d'éviter les « gaspillages » (Plourde, 2021). Sous des discours gouvernementaux « d'efficacité » et de « performance », les nouvelles politiques de gestion publique ou dites de la « bonne gouvernance » prennent plusieurs formes, telles que le rehaussement du ratio usagers/personnel, l'instauration d'une concurrence entre les prestataires de services et l'augmentation de la place du privé en santé (Benoit et al., 2022; Plourde, 2021), pour ne nommer que celles-ci. À cette époque, les infirmières sont d'ores et déjà soumises à des injustices épistémiques, et l'histoire de la profession le démontre bien; le travail infirmier est un travail « de femmes », qui en plus, est subordonné à un travail « d'homme », la

médecine. La profession infirmière s'est sciemment développée aux 19e et 20e siècles pour reproduire les rapports genrés domestiques (Cohen, 2004, Reverby, 1987). Au moment du tournant néolibéral dans la gestion des services publics, les infirmières, particulièrement en milieu hospitalier, sont déjà depuis longtemps prises dans une hiérarchie genrée qui limite leur capacité à être entendues (McMillan & Perron, 2020 ; Perron et al., 2014).

Dans un premier temps, la NGP promet un discours qui « appelle à la suppression des « rigidités » qui nuisent à la flexibilité du marché du travail » (Plourde, 2021, p. 190). Ces rigidités se retrouvent dans les acquis des travailleuses, réalisées par le biais des grèves et de la syndicalisation, et dictent les normes de travail (la gestion des horaires, le salaire minimum, les droits syndicaux et la nomenclature des postes) (Boivin, 2012; Pinard, 2018; Plourde, 2021). Or, les réformes fragilisent les solidarités et la démocratie syndicale. Il en résulte et une précarisation du travail des infirmières (Boivin, 2012; Gesualdi-Fecteau et al., 2022). D'une part, la centralisation et la fusion des établissements de santé soutient, une division des forces syndicales (Plourde, 2021). D'autre part, ces réformes éliminent une proportion importante des lieux décisionnels au sein desquels siégeaient des employés et donc, des infirmières, tout en éloignant progressivement les gestionnaires des infirmières de chevet (Gesualdi-Fecteau et al., 2022; Martin & Bouchard, 2020; Perron et al., 2014; Plourde, 2021). En outre, à partir de ce moment, l'influence des syndicats auprès des gouvernements s'érode et ceux-ci adoptent une attitude de conciliation et de partenariat avec l'employeur dans le but de préserver les acquis (Plourde, 2021; Rouillard, 2014).

À partir de ces réformes, les postes décisionnels sont de plus en plus occupés par des gestionnaires qui proviennent du milieu des affaires et qui ne possèdent pas d'expérience en santé (Plourde, 2021). De fait, graduellement, la méthode du « juste-à-temps », qui consiste à s'assurer de n'avoir que le personnel minimal requis afin d'éliminer tous les coûts jugés superflus, est mise en place, s'accompagnant d'une diminution du nombre de postes à temps complet pour privilégier ceux à temps partiel et ainsi, justifier non seulement la création d'horaires imprévisibles, irréguliers et sur appel aux infirmières, mais également leur imposition (Gesualdi-Fecteau et al., 2022). Par conséquent, lorsque les quarts ne sont pas comblés par du temps régulier sur appel ou du temps supplémentaire volontaire, les gestionnaires peuvent imposer du TSO, s'ils le jugent nécessaire (Gesualdi-Fecteau et al., 2022). Ces changements s'accompagnent d'une technologie et d'une bureaucratie très strictes, inspirées du modèle biomédical, afin de surveiller et de contrôler les actions des infirmières. Cette surveillance est difficilement perceptible puisqu'elle est ancrée dans la technologie et les pratiques

quotidiennes (culture des audits, dossiers informatisés, plan thérapeutique infirmier, etc.) qui gouvernent le travail des infirmières (Gesualdi-Fecteau et al., 2022; Holmes et al., 2008; Martin & Bouchard, 2020; Perron et al., 2005; Smith & Foth, 2021).

Toutes ces mesures entraînent une diminution des effectifs infirmiers dans le réseau de santé public québécois qui perdure encore aujourd'hui, résultat des départs précipités à la retraite, de l'exode des infirmières vers le secteur privé (Plourde, 2024) ou encore de l'attrition du personnel infirmier dans les cinq premières années suivant leur entrée dans la profession (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2023). En conséquence, la NGP permet l'utilisation et la « normalisation » du recours systématique au TSO comme mode de gestion du personnel (Perron et al., 2020; Plourde, 2021; Stake-Doucet et al., 2021). La section suivante met en lumière, comment les idéologies néolibérales s'immiscent de façon discursive, normative et hégémonique dans le travail du soin afin d'analyser le rapport à la mobilisation des infirmières.

4. Racines sociohistoriques du travail infirmier: héritages vocationnels, préjugés identitaires et réification du travail infirmier

Dans un premier temps, il est essentiel de mentionner que pour Fricker (2007) tout type d'injustice épistémique se fonde d'abord sur un préjugé identitaire. De ce fait, le pouvoir social, soit la capacité de contrôler activement ou passivement, mais toujours structurellement, les actions d'autrui, émane des conceptions imaginaires collectives que l'on se fait de l'autre ou d'un groupe. Or, l'image de l'infirmière, telle qu'elle est conceptualisée collectivement, doit être (re)située socio-historiquement. L'histoire de la profession infirmière au Québec est liée à celle des femmes et à sa subordination à la profession médicale et au système hospitalier (Cohen, 2004). Le système de santé public québécois c'est construit autour de la profession médicale qui défend « globalement une conception de la santé très proche de celle portée par les capitalistes » (Plourde, 2021, p.69), centrée sur un modèle biomédical qui valorise les valeurs curatives (cure), au détriment de celles du care, et par conséquent, un modèle hospitalo-centrique (Plourde, 2021; Strohschein & Weitz, 2013).

Il est au-delà du propos de cet article de faire un historique exhaustif des soins au Québec. De nombreux écrits documentent l'histoire des soins au Québec et de la transition vers des hôpitaux laïques, dont plusieurs se retrouvent dans les références de cet article (Klein, 2024; McCreedy et Thifault, 2020). Aujourd'hui, on constate que la sécularisation des soins en milieu hospitalier semble avoir servi les médecins beaucoup plus que les infirmières, qui dans la poursuite de

la légitimation professionnelle, semblent avoir hérité des contraintes imposées aux hospitalières :

... l'infirmière ne peut qu'élaborer ses demandes pour améliorer son statut dans un cadre qui réaffirme sa subordination à la médecine et à la science médicale. Elle peut aider à appliquer, mais jamais ne peut maîtriser le savoir qui sous-tend de plus en plus le statut médical [traduction libre] (Rosenberg, 2023, p. 235)

La sécularisation a changé qui contrôlait les hôpitaux et la formation des infirmières. Les femmes religieuses ont perdu le contrôle au profit des médecins et d'administrateurs reliés à des organismes de philanthropie, des entreprises privées ou à l'État (Thifault, 2012).

L'image de sollicitude et de dévouement reste profondément ancrée dans l'imaginaire collectif et par voie de conséquence, contribue à l'identité sociale des infirmières. En effet, ce devoir moral de « s'oublier pour soigner » est réifié fréquemment durant la pandémie de COVID-19 par les narratifs d'« ange gardien » (vocation), de militaire au front (obéissance) et de héros (don de soi) pour décrire les infirmières (Bernard et al., 2021; Davies, 2004; Gagnon & Perron, 2020; Galanti, 2024; Stokes-Parish et al., 2020). La réification est définie de façon générale comme « un rapport, une relation entre personnes qui prend le caractère d'une chose » (Lukács, 1974, p. 90). Ce faisant, le concept de réification se veut une critique de la déshumanisation des rapports sociaux, de la marchandisation et de la fétichisation du rapport aux produits du travail, de la pensée et de la culture (Horkheimer et al., 1996). Ainsi, la réification constante à l'aspect vocationnel (Noël-Hureaux, 2015) ainsi qu'aux principes d'abnégation (Klein, 2024) contribuent à invisibiliser le travail du care (soin) et toute la complexité des compétences relationnelles, cognitives, émotionnelles et organisationnelles qui s'y rattachent, pour ne mettre de l'avant que les compétences quantifiables, « techniques » et « visibles », et par la même occasion, occulter toutes les causes politiques, économiques et sociales découlant de ce déni de reconnaissance (Allen, 2014; Klein, 2024; Molinier, 2011; Noël-Hureaux, 2015; Pariseau-Legault & Paradis-Gagné, 2024; Saillant, 1999).

De fait, en réifiant la profession infirmière aux principes d'abnégation, d'obéissance aux hiérarchies organisationnelles et de don de soi, on maintient le statu quo, puisqu'on n'adresse pas les problématiques liées au travail, telles que la surcharge et le TSO (Stokes-Parish et al., 2020). En contrepartie, il devient moralement acceptable d'imposer des conditions de travail inhumaines et aliénantes aux infirmières (Foth & Nazon, 2022; Stokes-Parish et al., 2020). Bouffartigue et Boutellier (2006) donnent l'exemple des

horaires de travail atypiques et anormaux qui font partie de la socialisation professionnelle, en ce sens qu'ils sont décrits comme « le prix à payer » lorsqu'on choisit la profession. « La disponibilité temporelle féminine est ainsi beaucoup moins reconnue socialement, car elle est souvent considérée comme « naturelle » ou parce qu'elle répond à des demandes se prêtant moins que d'autres à la stricte comptabilisation du temps » (Devetter, 2006, p. 2). En somme, le savoir-être au « service d'autrui » devient une exigence implicite du travail du care - un devoir moral - qui invite au dépassement de soi, voire une obligation permanente d'être disponible pour les autres qui ne nécessite pas de rémunération en conséquence, car le travail du care est « naturel » aux femmes et dévalorisé dans la société capitaliste (Boivin, 2012; Durand, 2000; Molinier, 2000,2004; Toupin et al., 2020). Le néolibéralisme utilise cette identité sociale infirmière pour son profit, car celle-ci se trouve imbriquée dans le processus de professionnalisation.

5. Professionnalisation et mobilisation: tensions et contradictions

5.1 Le système professionnel et ses logiques de pouvoir

Les ordres professionnels font partie du réseau formel de gouvernance, c'est-à-dire qu'ils se voient déléguer des pouvoirs de régulation professionnelle par l'État. En ce sens, la professionnalisation est d'abord un processus politique, dynamique et compétitif (Abbott, 2014). Pour les infirmières au Québec et ailleurs, la professionnalisation, bien que réalisée dans le but d'acquiescer une plus grande autonomie professionnelle et juridique, s'est largement faite en imposant le milieu hospitalier et sa hiérarchie aux infirmières, dont les résidus historiques sont encore visibles aujourd'hui (Cohen, 2000; Reverby, 1987; Stake-Doucet, 2023). La médecine étant la profession dominante en santé, leur champ d'exercice inclut presque la totalité de celui de tous les autres professionnels de la santé (Abbott, 2014). Dans la pratique quotidienne, ou microsystème, la réalité ne correspond pas aux divisions professionnelles visibles dans les textes de juridiction professionnelle. Pour la profession dominante, les actes exclusifs représentés dans les textes législatifs ne se traduisent pas intégralement dans le travail. En fait, selon Abbott (2014), beaucoup des actes médicaux sont effectués par des professionnels autres que des médecins, comme des infirmières :

Les professions dominantes semblent réussir à cacher du public l'assimilation du savoir professionnel dans les milieux de travail. La fiction qui dit que seuls les médecins peuvent faire certaines choses survit dans l'opinion publique, alors que des infirmières et d'autres sont en fait en train d'accomplir ces choses à travers

le monde professionnel » [traduction libre] (p.98).

Cette légitimation publique de la juridiction professionnelle est importante, car peu importe la relation qu'elle entretient avec la réalité du travail quotidien, elle justifie la domination des structures sociales vouées aux problèmes définis par la profession dominante ; par exemple la domination médicale des hôpitaux (Abbott, 2014). Cette domination n'est pas uniquement le fruit de la compétition du système des professions. Elle est aussi ancrée dans l'histoire des soins infirmiers en milieu hospitalier, qui a imbriqué des normes générées du 18^e siècle dans la structure même de l'hôpital « moderne ». Les écoles hospitalières ont enchâssé l'hôpital comme terrain de formation et de socialisation des infirmières, contribuant parallèlement au développement du système hospitalo-centriste que nous connaissons aujourd'hui (Coburn, 1988; Stake-Doucet, 2023).

Le développement d'une profession et de ses valeurs se fait par l'entremise des discours émanant des organisations auxquelles elle appartient et évolue, ainsi que de son rapport à d'autres professions (Abbott, 2014; Fournier, 1999). Les processus d'éducation et de socialisation peuvent alors se calquer sur ces demandes et définir les règles professionnelles qui régissent les comportements à adopter avec les clients (patients) et les traits de caractère à posséder (Anderson-Gough et al., 2000; Cyr, 2017; Fournier, 1999). De surcroît, les valeurs et les croyances professionnelles servent un but d'autorégulation du comportement par les membres, notamment par le biais de leur code de déontologie. À ce sujet, plusieurs études canadiennes et étasuniennes démontrent que les sentiments d'obligation morale de disponibilité implicite, de culpabilité et de dépassement de soi, voire de sacrifice, poussent les infirmières à accepter plus d'heures de travail (Bae, 2012; Bruno, 2015; Cyr, 2017; Lobo et al., 2018). Par ailleurs, le savoir-être en permanence « au service d'autrui » est encore souvent revendiqué, sur le mode d'une qualité psychologique positive de l'identité professionnelle (Bouffartigue & Bouteiller, 2006; Devetter, 2006; Molinier, 2000). Or, si cette reconnaissance professionnelle peut sembler « positive », Honneth explique qu'elle est purement idéologique, puisqu'elle permet de subordonner, d'instrumentaliser et de dépouiller la personne de ses droits et d'ainsi créer une situation de domination (Honneth & Rusch, 2013). Dans le cas du TSO, cette reconnaissance est idéologique et non pas effective, car malgré toutes ses conséquences négatives connues pour les infirmières et les patients, celui-ci continue d'être utilisé (Drebit et al., 2010; Lobo et al., 2018) .

Les valeurs néolibérales de loyauté à l'institution et de

respect de l'autorité sont encore aujourd'hui promues par les discours professionnels (Smith & Foth, 2021). Les valeurs d'obéissance et de sacrifice dans la hiérarchie rigide du milieu hospitalier développée au début du XXe siècle se retrouvent ainsi dans le système actuel. Une certaine vision du rôle politique est véhiculée et celle-ci appartient seulement aux sphères hiérarchiques dominantes en sciences infirmières et est jugée incompatible avec le travail infirmier au chevet (Smith & Foth, 2021). En outre, plusieurs infirmières militantes sont alors critiquées, marginalisées par leurs collègues, dépeintes comme des agitatrices, et leur professionnalisme est même remis en question (MacDonnell & Buck-McFadyen, 2016). En général, l'action militante, surtout chez les femmes, a une image négative et destructrice, qui est également une construction sociale, opérant dans le maintien de relations de pouvoir inéquitables (Perron et al., 2014). En conséquence, lorsque les infirmières militent pour de meilleures conditions de travail et mettent en place des moyens de pression, telles que des grèves ou des sit-in, les discours gouvernementaux et médiatiques peuvent prendre une apparence de blâme ou de culpabilisation envers ces dernières, car les comportements attendus de dévouement, d'obéissance et de don de soi (sacrifice) ne concordent pas avec les valeurs professionnelles et institutionnelles qui sont attendues, ainsi qu'avec l'identité sociale des infirmières (Bouffartigue & Bouteiller, 2006). D'ailleurs, le fonctionnement à la culpabilité est traditionnellement très utilisé par la hiérarchie soignante pour mobiliser les infirmières en cas de besoin et au nom de l'intérêt des malades (Bouffartigue & Bouteiller, 2006; Devetter, 2006; Molinier, 2000). Ces discours souscrits aux valeurs institutionnelles ainsi qu'aux vestiges historiques de la profession, demeurent utilisés fréquemment par les infirmières gestionnaires envers les infirmières de chevet, afin de les contraindre à se soumettre au TSO (Holmes et al., 2008; St-Pierre & Holmes, 2008).

D'autre part, la socialisation professionnelle réifie les discours de don de soi et du contrôle émotionnel et par voie de conséquence, elle encourage une prise de position qui met de l'avant seulement les besoins des patients, au détriment de ceux des infirmières (Burton et al., 2022; Perron et al., 2014). La seule position politique confortable et compatible éthiquement avec les valeurs professionnelles devient celle qui s'articule autour de la défense et de la sécurité des soins aux patients (Perron et al., 2014). Cette position se reflète même dans le discours syndical. À titre d'exemple, on peut citer la récente campagne du syndicat infirmier la Fédération interprofessionnelle de la santé (FIQ), « Nos conditions de travail sont vos conditions de soins » (Nos conditions de travail sont vos conditions de soins, 2024), slogan présent sur les lignes de piquetage lors des journées de grèves dans le cadre

des négociations pour une convention collective entre la FIQ et le gouvernement du Québec. Même lors des mobilisations parasyndicales; c'est-à-dire effectuées à l'extérieur de la structure formelle du syndicat, comme la mobilisation du personnel soignant de l'urgence de l'hôpital de Gatineau en 2018, les infirmières affirmaient dans le Livre Noir des urgences de l'Outaouais (Le Livre Noir des urgences de l'Outaouais) : « NOUS décidons de pratiquer «l'advocacy» en prenant la parole, en dénonçant et en nous mobilisant afin de participer au changement des politiques de santé en place qui nuisent à la sécurité et à la qualité des soins pour nos patients » (p.3). López-Deflory et al. (2023) expliquent qu'en conséquence, les infirmières justifient leur mobilisation autour de leur capacité à soigner.

5.2 Mobilisation cachée: agir sous le radar

Les valeurs professionnelles et l'advocacy font également appel au professionnalisme des infirmières et de fait, plusieurs infirmières l'utilisent pour justifier leur mobilisation (Mundie & Donelle, 2022). Florell (2021) explique que:

L'objectif de l'advocacy est généralement associé à la nécessité d'attirer l'attention sur une injustice et de soutenir l'activiste. Militer, c'est agir pour résoudre des problèmes sociaux et politiques. C'est être à l'avant-garde d'un mouvement, souvent en compromettant sa propre énergie pour rechercher la justice et susciter le changement. [Traduction libre] (p. 136).

Ainsi, pour plusieurs chercheurs l'action doit faire partie de la formation des infirmières et conséquemment, celles-ci devraient être socialisées pour changer et agir sur les structures sociopolitiques et institutionnelles plutôt que de s'y subordonner (Buresh & Gordon, 2006; Florell, 2021; Martin, 2021). Martin et Laurin (2023) invitent les infirmières à transgresser les hiérarchies pour s'organiser et stipulent que s'entraider devrait être la norme. De ce fait, le professionnalisme peut être repensé, reformuler et devenir collectif et militant (Davies, 1996; Dillard-Wright, 2024; Jackson et al., 2020).

La résistance et la mobilisation infirmière ne prennent pas seulement forme dans la sphère publique (macro). En effet, plusieurs infirmières déploient une variété de pratiques émancipatoires dans la sphère privée (micro), qui demeurent souvent invisibilisées (Martin & Bouchard, 2020). Vickers (1996) souligne que la pratique politique des femmes se situe souvent au niveau local (micro) plutôt que dans les sphères législatives ou électorales de l'État (méso et macro) qui sont traditionnellement dominées par les hommes. À cet effet, plusieurs recherches mentionnent le travail à temps partiel, le refus conscient d'effectuer certaines tâches exigées, la réorganisation des façons de travailler, voire

l'inaction comme des actes de résistance et de mobilisation invisibilisés (Martin & Bouchard, 2020; McMillan & Perron, 2020; Vickers, 1996). Au Québec particulièrement, les « sit-ins » d'infirmières semblent se multiplier dans les dernières années, autant dans les grands centres qu'en région. Par exemple, seulement pendant le mois de janvier 2023, des infirmières de la Montérégie, de toute la côte Nord, de Chicoutimi et de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont à Montréal ont participé à des « sit-ins » (Cousineau, 2023; Hébert-Lévesque, 2023; Lacoursière, 2023; Lemieux, 2023). Les images et vidéos de « sit-ins » se multiplient également sur les réseaux sociaux, dans un effort de visibiliser la résistance face à un système de plus en plus occultant (Archour, 2021). Cette visibilisation des mobilisations infirmières sur les réseaux sociaux par les infirmières elles-mêmes reflète une lutte pour la reconnaissance, au sens honnethien, et une forme de résistance épistémique collective.

Collins (2016) parle du domaine interpersonnel du pouvoir et explique que « ces pratiques sont systématiques, récurrentes et si familières qu'elles passent souvent inaperçues. Parce que le domaine interpersonnel concerne le quotidien, les stratégies de résistance dans ce domaine prennent autant de formes qu'il y a d'individus. » (p. 434). De Kok et al. (2021), dans une revue de la portée, ont démontré que les infirmières mettent en place de façon quotidienne des actes dits de « déviance positive », c'est-à-dire des comportements intentionnels et systématiques visant à opérer des changements au sein de l'organisation, et font preuve de leadership. Ces infirmières sont décrites comme « radicales », car elles arrivent à sortir des cadres institutionnels de façons créatives et innovantes, pour atteindre une meilleure qualité des soins (de Kok et al., 2021). De fait, elles deviennent souvent des modèles influant pour leurs collègues. Finalement, les infirmières qui militent développent des réseaux collectifs de supports et d'entraide, ainsi que des alliances avec différents acteurs du réseau de la santé (gestionnaires, associations), mais également avec des milieux politiques et médiatiques (de Kok et al., 2021). Il est possible que plusieurs actes de mobilisation demeurent invisibles entre autres parce que les infirmières s'organisent à l'extérieur des cadres institutionnels pour éviter les représailles et créer des alliances et des espaces de discussions et d'action confidentiels et sécuritaires comme de Kok et al. (2021) l'expliquent.

Discussion

La mobilisation infirmière des dernières années autour de l'enjeu du TSO met en évidence des points de tension dans l'identité professionnelle infirmière. Le TSO est un produit du

tournant vers la NGP en santé, mais a été largement facilité par le système professionnel infirmier et les valeurs qu'il défend. Cette analyse suggère que la résistance infirmière est aussi un acte de savoir et de légitimation professionnelle. Une lentille féministe infirmière est essentielle pour comprendre comment le genre influence à la fois le répertoire d'action utilisées par les infirmières (Tilly, 2002), mais aussi son identité professionnelle. D'un point de vue historique, les écoles hospitalières laïques sont souvent louangées comme le point de départ de la professionnalisation des infirmières, mais on parle peu des assises sexistes de leur formation, et de ce qui a été perdu pour les infirmières dans ce processus. Le discours de vocation est encore présent aujourd'hui et nuit à la capacité des infirmières de défendre leurs conditions de travail, leur champ d'exercice et leur autonomie en milieu hospitalier (Gagnon & Perron, 2020; Stake-Doucet, 2024; Stokes-Parish et al., 2020). La pandémie de COVID-19 a ravivé l'intérêt pour le discours d'héroïsme et la normalisation du sacrifice qu'il sous-tend, mais ce genre discours est typique des moments historiques nécessitant la normalisation du sacrifice chez les infirmières, comme lors de période de guerre.

L'infirmière laïque, comme la religieuse, n'a pas le droit d'être mariée ou de fréquenter des hommes, de boire, ou de quitter l'hôpital sans permission. Même aujourd'hui, on interdit régulièrement à des infirmières soignantes de quitter l'hôpital pour diverses raisons, comme le TSO, par exemple. Les nombreux « sit-ins » d'infirmières que rapportent les médias au Québec témoignent de cette pratique qui semble sortie tout droit du 19^e siècle (Durand, 2000; Lemieux, 2023). On n'oblige pas les infirmières à rester parce qu'il y a une urgence, mais pour combler des lacunes organisationnelles sur lesquelles les infirmières soignantes n'ont aucun contrôle. Cette violation pourtant flagrante des chartes canadiennes et québécoises des droits humains n'est jamais remise en question ou contestée légalement. Les pratiques de résistance des infirmières, bien qu'elles soient abordées du point de vue détourné des « soins aux patients », constituent plutôt une lutte pour la reconnaissance des droits humains des infirmières elles-mêmes. Godrie et Dos Santos (2017) discutent des phénomènes « d'amplification » qui peuvent partir de résistances individuelles et se propager collectivement. Les mouvements sur les réseaux sociaux en sont un bon exemple, les voix sont amplifiées par l'utilisation des hashtags, notamment, et peuvent forcer la mise en place de changement législatifs et la reconnaissance des savoirs et des droits des personnes marginalisées (Jackson, Bailey et Welles, 2020). Plusieurs chercheurs en sciences

infirmières appellent d'ailleurs à amplifier les voix infirmières et à repenser leur rôle (Burton et al., 2022; Martin et Laurin, 2023; Perron, Rudge et Gagnon, 2014; Perron, 2022; Smith et Foth, 2021). Dans cette perspective, la valorisation du travail du soin nécessite également d'offrir aux infirmières des outils herméneutiques leur permettant de nommer, analyser et rendre intelligibles les formes invisibles ou dépréciées de leur pratique. L'article que nous proposons peut ainsi être envisagé comme un tel outil herméneutique : il vise à mettre en lumière les dimensions politiques, morales et épistémiques du travail infirmier, au-delà de la seule relation soignante individuelle. Toutefois, d'autres travaux seront nécessaires pour poursuivre cette démarche et contribuer, par la recherche, à combler l'injustice herméneutique qui touche encore largement la profession en replaçant les infirmières au centre de l'analyse et en reconnaissant pleinement leur agentivité politique et morale.

Conclusion

Cette analyse met en lumière l'impact profond des politiques capitalistes, néolibérales et genrées sur la socialisation professionnelle des infirmières. On constate que ces influences complexes engendrent chez les infirmières une ambivalence quant à la reconnaissance et à l'engagement militant envers des enjeux politiques et plus précisément, du TSO. Guidée par la lutte pour la reconnaissance d'Honneth et l'injustice épistémique de Fricker, cette recherche révèle également des formes de résistance souvent invisibles, mais néanmoins présentes au sein de la profession infirmière. En somme, cette analyse souligne la nécessité d'examiner en profondeur les dynamiques socioéconomiques et genrées pour comprendre pleinement les défis et les opportunités de la mobilisation des infirmières dans un contexte néolibéral et capitaliste, mais aussi la nécessité d'inclure la mobilisation à part entière comme un mode de savoir légitime, stratégique et collectif.

Références

Abbott, A. (2014). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press. <https://books.google.ca/books?id=WWzRAGAAQBAJ>

Allen, D. (2014). *The Invisible Work of Nurses: Hospitals, Organisation and Healthcare*. Taylor & Francis. <https://books.google.ca/books?id=o3NeBAAAQBAJ>

Anderson-Gough, F., Grey, C., & Robson, K. (2000). In the Name of the Client: The Service Ethic in Two Professional Services Firms. *Human Relations*, 53(9), 1151-1174. <https://doi.org/10.1177/0018726700539003>

Archour, I. (2021). Parce qu'il faut que ça bouge! Partagez en grand nombre. Facebook.

Bae, S.-H. (2012). Nurse Overtime, Working Conditions, and the Presence of Mandatory Nurse Overtime Regulations. *Workplace Health & Safety*, 60(5), 205-214. <https://doi.org/10.1177/216507991206000504>

Benoit, M., Lévesque, G., & Perron, L. (2022). De la « vocation » à prendre soin au joug de la performance : dévoiler les réalités des travailleuses du care pour comprendre la crise du système de santé et de services sociaux. *Lien social et Politiques*(88), 66-88. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1090981ar>

Bernard, L., Bévilard-Charrière, Q., Taha, S., & Holmes, D. (2021). Une revue intégrative de l'identité populaire de l'infirmière durant la pandémie de la COVID-19. *Recherche en soins infirmiers*, N° 145(2), 91-103. <https://doi.org/10.3917/rsi.145.0091>

Boivin, L. (2012). Entre précarité et flexibilité : réflexion sur la situation des femmes en emploi. *Regards sur le travail*, 8(1).

Bouffartigue, P., & Bouteiller, J. (2006). Jongleuses en blouse blanche *Temporalités*. <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/temporalites.334>

Bruno, G. (2015). Le droit à la réparation des lésions professionnelles des travailleurs soumis à une obligation de disponibilité : une analyse jurisprudentielle longitudinale [Université de Montréal]. <https://umontreal.scholaris.ca/items/6e9669ce-84d7-4a7d-b88c-2735c1628a52>

Buchan, J., & Catton, H. (2023). Recover to rebuild (Investing in the nursing workforce for health system effectiveness, Issue. I. C. o. Nurses.

Buresh, B., & Gordon, S. (2006). *From Silence to Voice: What Nurses Know and Must Communicate to the Public*. ILR Press/Cornell University Press. <https://books.google.ca/books?id=KT3S5WcWLYOC>

Burton, C., Holmes, D., Jenkins, D., & McIntyre, J. (2022). Chapter 4- For Whom Does the Alarm Bell Toll? On Nursing Identity and Revolution. In J. Dillard-Wright, J. Hopkins-Walsh, & B. Brown (Eds.), *Nursing a Radical Imagination: Moving from Theory and History to Action and Alternate Futures*. Taylor & Francis. <https://books.google.ca/books?id=U7CREAAAQBAJ>

Coburn, D. (1988). The Development of Canadian Nursing: Professionalization and Proletarianization. *International Journal of Health Services*, 18(3), 437-456. <https://doi.org/10.2190/1bdv-p7fn-9nwf-vkvr>

- Code, L. (2014). Ignorance, injustice and the politics of knowledge. *Australian Feminist Studies*, 29(80), 148–160.
- Cohen, Y. (2000). Profession, infirmière: une histoire des soins dans les hopitaux du Québec. Presses de l'Université de Montréal. <https://books.google.ca/books?id=DXUzRjQ0M9MC>
- Cohen, Y. (2004). Rapports de genre, de classe et d'ethnicité: l'histoire des infirmières au Québec. *Canadian Bulletin of Medical History*, 21(2), 387-409. <https://doi.org/10.3138/cbmh.21.2.387>
- Collins, P. H. (2016). La pensée féministe noire: Savoir, conscience et politique de l'empowerment. Les éditions du remue-ménage.
- Conseil International des Infirmières. (2025). Journée internationale des infirmières 2025: Prendre soin des infirmières pour une économie forte. https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-04/ICN_IND2025_report_FR_A4_FINAL_0.pdf
- Cousineau, M.-È. (2023). «Sit-in» d'infirmières à l'hôpital Barrie Memorial Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/societe/779451/sit-in-des-infirmieres-a-l-hopital-barrie-memorial>
- Cyr, A. (2017). L'identité professionnelle des infirmières comme source d'un travail gratuit et d'une obligation de disponibilité implicite [Université de Montréal]. <https://umontreal.scholaris.ca/items/4469f24b-f0be-49d0-a904-c990c4863df0>
- Cyr, A., Genin, É., Rossignol, C., & Vallée, G. (2019). Les droits de direction et l'obligation de disponibilité des salariés au-delà de leur temps de travail: l'exemple du travail infirmier. *Revue Juridique Thémis*, 53(2).
- Davies, C. (1996). A new vision of professionalism. *Nursing Times*, 92(46), 54-56.
- Davies, C. (2004). Political leadership and the politics of nursing. *Journal of Nursing Management*, 12(4), 235-241. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00477.x>
- de Kok, E., Weggelaar-Jansen, A. M., Schoonhoven, L., & Lalleman, P. (2021). A scoping review of rebel nurse leadership: Descriptions, competences and stimulating/hindering factors. *Journal of Clinical Nursing*, 30(17-18), 2563-2583. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.15765>
- Devetter, F.-X. (2006). La disponibilité temporelle au travail des femmes: une disponibilité sans contrepartie? *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*(4).
- Dillard-Wright, J. (2024). Another nursing is possible: Ethics, political economies, and possibility in an uncertain world. *Nursing Philosophy*, 25(3), e12484. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nup.12484>
- Drebit, S., Ngan, K., Hay, M., & Alamgir, H. (2010). Trends and costs of overtime among nurses in Canada. *Health Policy*, 96(1), 28-35. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.12.016>
- Dubois, C.-A., & Dussault, G. (2002). La politique de ressources humaines et la transformation des systèmes de soins. *Gestion*, Vol. 27(3), 55-63. <https://doi.org/10.3917/riges.273.0055>
- Durand, G. (2000). Histoire de l'éthique médicale et infirmière: contexte socioculturel et scientifique. Presses de l'Université de Montréal. <https://books.google.ca/books?id=m0bzx6fJu9sC>
- Florell, M. C. (2021). Concept analysis of nursing activism. *Nursing Forum*, 56(1), 134-140. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nuf.12502>
- Foth, T., & Nazon, E. (2022). Chapter 1 - Alleviating the Suffering of Others: Nursing and Humanitarian Reason under Neoliberalism. In J. Dillard-Wright, J. Hopkins-Walsh, & B. Brown (Eds.), *Nursing a Radical Imagination: Moving from Theory and History to Action and Alternate Futures*.
- Fournier, V. (1999). The Appeal to 'Professionalism' as a Disciplinary Mechanism. *The Sociological Review*, 47(2), 280-307. <https://doi.org/10.1111/1467-954x.00173>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Clarendon Press. <https://books.google.ca/books?id=incSDAAAQBAJ>
- Gagnon, M., & Perron, A. (2020). Nursing Voices during COVID-19: An Analysis of Canadian Media Coverage. *Aporia*, 12(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.18192/aporia.v12i1.4842>
- Gagnon, M., Perron, A., Dufour, C., Marcogliese, E., Pariseau-Legault, P., Wright, D. K., Martin, P., & Carnevale, F. A. (2022). Blowing the whistle during the first wave of COVID-19: A case study of Quebec nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 78(12), 4135-4149. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.15365>
- Galanti, C. (2024). National heroes, disposable workers. How collective action in the health and social care sector during the pandemic negotiated with the self-sacrificing worker ideal. *Gender, Work & Organization*, 31(2), 606-624. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/gwao.12852>

- Gesualdi-Fecteau, D., Richard, G., Poulin, E., Vallée, G., & Cox, R. (2022). L'encadrement juridique de la durée du travail à l'épreuve de la pandémie de COVID-19 : vers une reconfiguration des temporalités professionnelles ? *Les Cahiers de droit*, 63(1), 129-163. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1088253ar>
- Girard-Bossé, A. (2021). « J'étais toujours épuisée ». *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-07/hopital-pierre-le-gardeur/j-etais-toujours-epuisee.php>
- Godrie, B., & Dos Santos, M. (2017). Présentation : inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie Et Sociétés*, 49(1), 7–31.
- Gohier, M., & Ngué-No, F. (2018). « Le livre noir des urgences de l'Outaouais » remis au CISSS de l'Outaouais. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1083570/infirmieres-temoignages-livre-noir-urgences-outaouais-direction-ciiss-outaouais>
- Hébert-Lévesque, M. (2023). Sit-in des infirmières à l'urgence de l'hôpital de Chicoutimi *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1945959/syndicat-malade-urgence-surcharge-condition-travail>
- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & McCabe, J. (2008). Nursing Best Practice Guidelines: reflecting on the obscene rise of the void. *Journal of Nursing Management*, 16(4), 394-403. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00858.x>
- Honneth, A., & Rusch, P. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. Gallimard.
- Honneth, A. (2008). *La société du mépris: vers une nouvelle théorie critique*. La Découverte.
- Horkheimer, M., Maillard, C., & Muller, S. (1996). *Théorie traditionnelle et théorie critique*. Gallimard. <https://books.google.ca/books?id=lkbXAAAACAAJ>
- Jackson, S. J., Bailey, M., Welles, B. F., & Lauren, G. (2020). *#HashtagActivism: Networks of Race and Gender Justice*. MIT Press. <https://books.google.ca/books?id=zoHRDwAAQBAJ>
- Klein, A. (2024). Charlotte Tassé (1893-1974), la voix oubliée des gardes-malades canadiennes-françaises. *Histoire Québec*, 30(1), 11–14.
- Lacoursière, A. (2023). Sit-in des infirmières sur toute la côte de la baie d'Hudson. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-01-19/conditions-de-travail/sit-in-des-infirmieres-sur-toute-la-cote-de-la-baie-d-hudson.php>
- Lanher, S. (2016). L'estime professionnelle selon E. C. Hughes. *Terrains/Théories* 4. <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/teth.694>
- Le Livre Noir des urgences de l'Outaouais. Gatineau, Collectif Anonyme.
- Lefrançois, P.-O. (2023). « Sit-in » à l'urgence : des infirmières surchargées se livrent. Des patients en soins palliatifs décèdent dans les couloirs *Journal Le Soir*. <https://journallesoir.ca/2023/10/30/sit-in-a-lurgence-des-infirmieres-surchargees-se-livrent/>
- Lemieux, F. (2023). «Sit-in» à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont *Journal Metro*. <https://journalmetro.com/actualites/2984282/sit-in-lhopital-maisonneuve-rosemont/>
- Lobo, V. M., Ploeg, J., Fisher, A., Peachey, G., & Akhtar-Danesh, N. (2018). Critical Care Nurses' Reasons for Working or Not Working Overtime. *Critical Care Nurse*, 38(6), 47-57. <https://doi.org/10.4037/ccn2018616>
- López-Deflory, C., Perron, A., & Miró Bonet, M. (2023). Nurses' ways of talking about their experiences of (in) justice in healthcare organizations: Locating the use of language as a means of analysis. *Nursing inquiry*, 30(4), e12584.
- Lukács, G. (1974). *Histoire et conscience de classe: essais de dialectique marxiste*. Les Ed. de Minuit. <https://books.google.ca/books?id=SisCrgEACAAJ>
- MacDonnell, J. A., & Buck-McFadyen, E. (2016). How Activism Features in the Career Lives of Four Generations of Canadian Nurses. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 17(4), 218-230. <https://doi.org/10.1177/1527154416688669>
- Martin, P. (2021). For a Radical Renewal of Democracy in Hospitals. *ANS: Advances in Nursing Science Blog*. <https://ansjournalblog.com/2021/04/26/for-a-radical-renewal-of-democracy-in-hospitals/>
- Martin, P., & Bouchard, L. (2020). Constraints, Normative Ideal, and Actions to Foster Change in the Practice of Nursing: A Qualitative Study. *Advances in Nursing Science*, 43(4), 306-321. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000322>
- Martin, P., & Laurin, A.-C. (2023). What can anarchism do for nursing? *Nursing Philosophy*, 24(3), e12437. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nup.12437>
- McCready, G., & Thifault, M.-C. (2020). Travailler auprès des familles indigentes : les gardes-malades catholiques à l'avant-garde de la santé communautaire au Canada (1934-1959). *Bulletin Canadien d'histoire de la médecine/Canadian Bulletin of Medical History*, 37(1), 173-194.

- McMillan, K., & Perron, A. (2020). Nurses' engagement with power, voice and politics amidst restructuring efforts. *Nursing Inquiry*, 27(3), e12345. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nin.12345>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). Rapport du groupe de travail national sur les effectifs infirmiers.
- Molinier, P. (2000). Travail et compassion dans le monde hospitalier. *Les Cahiers du Genre*, 49-70. https://www.persee.fr/doc/genre_1298-6046_2000_num_28_1_1124
- Molinier, P. (2004). Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe. *Travail et emploi*(97), 79-91. <https://portaildocumentaire.inrs.fr/Default/doc/SYRACUSE/46839/psychodynamique-du-travail-et-rapports-sociaux-de-sexe-97>
- Molinier, P. (2011). Le Care à l'épreuve du travail: Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. *Raisons pratiques*, 16, 339-357.
- Moore L, McAuliffe E (2010), "Is inadequate response to whistleblowing perpetuating a culture of silence in hospitals?". *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 15 No. 3 pp. 166-178, doi: <https://doi.org/10.1108/14777271011063805>
- Mundie, C., & Donelle, L. (2022). Health activism as nursing practice: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(11), 3607-3617. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.15399>
- Noël-Hureaux, E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, N° 122(3), 7-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0007>
- Nos conditions de travail sont vos conditions de soins (2024). Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. <https://www.fiqsante.qc.ca/campagnes/nos-conditions-de-travail-sont-vos-conditions-de-soins/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2023). Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmières au Québec, 2022-2023. <https://www.oiiq.org/documents/20147/26586017/oiiq-rapport-statistique-23-VF.pdf/6f710838-6645-eef2-90f6-152b5400d34a>
- Pariseau-Legault, P., & Paradis-Gagné, E. (2024). Axel Honneth : Réification et lutte pour la reconnaissance en psychiatrie. In P. Krol & D. Holmes (Eds.), *Philosophies et sciences infirmières: contributions essentielles à la discipline*. Presses de l'Université Laval. <https://books.google.ca/books?id=HJwFEQAAQBAJ>
- Perron, A., Dufour, C., Marcogliese, E., & Gagnon, M. (2020). La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19: une analyse de contenu de la plate-forme « Je dénonce ». *Aporia*, 12(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.18192/aporia.v12i1.4840>
- Perron, A., 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03432.x>
- Perron, A., Rudge, T., & Gagnon, M. (2014). Towards an " Ethics of Discomfort " in Nursing: Parrhesia as Fearless Speech. In P. N. Kagan, M. C. Smith, & P. Chinn (Eds.), *Philosophies and practices of emancipatory nursing, social justice and praxis*. Routledge.
- Perron A. & Rudge, T. (2016). On the politics of ignorance in nursing and healthcare: knowing ignorance (Ser. Routledge key themes in health and society). Routledge.
- Pinard, R. (2018). L'envers du travail: le genre de l'émancipation ouvrière. Lux Éditeur. <https://books.google.ca/books?id=ARiMwEACAAJ>
- Plourde, A. (2021). Le capitalisme, c'est mauvais pour la santé: Une histoire critique des CLSC et du système socio-sanitaire québécois. Éditions Écosociété. <https://books.google.ca/books?id=72BuzgEACAAJ>
- Plourde, A. (2024). Mythes et réalité de la pénurie de main-d'oeuvre en santé et services sociaux au Québec. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2024/05/2024-05-Penurie-de-main-doeuvre-WEB.pdf>
- Reverby, S. (1987). *Ordered to Care: The Dilemma of American Nursing, 1850-1945*. Cambridge University Press. <https://books.google.ca/books?id=zg-1k-So5EMC>
- Rosenberg, C. E. (2023). *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*. Plunkett Lake Press. <https://books.google.ca/books?id=Wnm2EAAAQBAJ>
- Rouillard, J. (2014). Les jalons de l'histoire du syndicalisme québécois. *Droits et libertés*, 33(1). <https://liguedesdroits.ca/les-jalons-de-lhistoire-du-syndicalisme-quebecois/>
- Saillant, F. (1999). Chercher l'invisible: épistémologie et méthode de l'étude de soins. *Recherches qualitatives*, 20, 125-158.
- Smith, K., & Foth, T. (2021). Tomorrow is cancelled: Rethinking nursing resistance as insurrection. *Aporia*, 13, 15-25. <https://doi.org/10.18192/aporia.v13i1.5263>

St-Pierre, & Holmes, D. (2008). Managing nurses through disciplinary power: a Foucauldian analysis of workplace violence. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 352-359. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00812.x>

Stake-Doucet, N. (2023). White privilege and professionalization: a decolonial and critical feminist perspective on professional nursing. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 5(2), 26-38. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.153>

Stake-Doucet, N. (2024). Les relations de régulation du champ d'exercice infirmier à l'hôpital : une ethnographie institutionnelle du travail infirmier. *Science infirmière et pratiques en santé*, 7(2), 17-33. <https://doi.org/10.62212/snahp-sips.146>

Stake-Doucet, N., Bissonnette-Clermont, A.-A., Dufour, C., & Clusiaux, E. (2021). Non, ce n'est pas une obligation déontologique. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2021-10-19/temps-supplementaire-obligatoire/non-ce-n-est-pas-une-obligation-deontologique.php>

Statistique Canada. (2023). Regards sur la société canadienne. Qualité de l'emploi et dynamique sur le marché du travail des travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00007-fra.htm?utm_source=chatgpt.com

Stokes-Parish, J., Elliott, R., Rolls, K., & Massey, D. (2020). Angels and Heroes: The Unintended Consequence of the Hero Narrative. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(5), 462-466. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jnu.12591>

Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. L'Harmattan. <https://books.google.ca/books?id=tb1Jjkms2LAC>

Strohschein, L., & Weitz, R. (2013). *The Sociology of Health, Illness, and Health Care in Canada*. Nelson Education Limited. <https://books.google.ca/books?id=nm0sEAAAQBAJ>

Sullivan, S., & Tuana, N. (2007). *Race and epistemologies of ignorance* (Ser. Suny series, philosophy and race). State University of New York Press.

Thifault, M. C. (2012). *L'incontournable caste des femmes: Histoire des services de santé au Québec et au Canada*. Les Presses de l'Université d'Ottawa. <https://books.google.ca/books?id=QpxjAwwAQBAJ>

Tilly, C. (2002). *Stories, Identities, and Political Change*. Bloomsbury Academic. <https://books.google.ca/books?id=NfOEPulxiZwC>

Toupin, L., Federici, S., & Costa, M. D. (2020). *La crise de la reproduction sociale: Entretiens*. Editions du Remue-Ménage. <https://books.google.ca/books?id=utOtzQEACAAJ>

Vickers, J. (1996). *Reinventing Political Science: A Feminist Approach*. Fernwood. <https://books.google.ca/books?id=2r57QgAACAAJ>

Wilson, D. M., Anafi, F., Kusi-Appiah, E., Darko, E. M., Deck, K., & Errasti-Ibarrondo, B. (2020). Determining if nurses are involved in political action or politics: a scoping literature review. *Applied Nursing Research*, 54.

Pour contacter les autrices:

Caroline Dufour, inf., Ph. D. (c)
Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
283, boulevard Alexandre-Taché
Gatineau (Québec) Canada, J8X 3X7
Caroline.dufour@uqo.ca

Natalie Stake-Doucet, inf., Ph. D.
Université du Québec à Montréal
École des sciences de la gestion
1250, rue Sanguinet
Montréal (Québec), H2X 3E7
stake-doucet.natalie@uqam.ca

Pierre Pariseau-Legault, inf., Ph. D., LL.M.
Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
5, rue Saint-Joseph
Saint-Jérôme (Québec) Canada, J7Z 0B7
pierre.pariseau-legault@uqo.ca
450 530-7616, poste 4122

Amélie Perron, inf., Ph. D.
Université d'Ottawa
Faculté des sciences infirmières
200 Lees Avenue,
Ottawa, (Ontario) Canada, K1S 5S9
amelie.perron@uottawa.ca
613-562-5800, poste 8433