

APO^RRIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL



Sommaire/Content

2025: Vol.17, Numéro 1/Vol.17, Issue 1

Commentaires/Commentaries

11

22

ARTICLE 1

LECOQ
POUR DES SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ VIABLES : PRIVILÉGIER LA ROBUSTESSE
PLUTÔT QUE L'OPTIMISATION

ARTICLE 2

LYNCH-BÉRARD ET MARTIN
RECONNAISSANCE ET ACTIONS POLITIQUES DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES
SPÉCIALISÉES QUÉBÉCOISES : UNE ANALYSE FÉMINISTE

Commentary

The Paradox of Anonymity in Justice: A Palestinian Occupational Therapist's Response to the AnonymOT Collective

YOUSEF R. BABISH

This response critically examines the commentary, *Occupational Therapists Speaking for Justice and Human Rights: From Complicit Silencing to Collective Resistance*, authored by the AnonymOT Collective and published in *Aporia: The Nursing Journal*. As a Palestinian occupational therapist, I approach this article with lived experience, professional insight, and a commitment to justice that is deeply rooted in the realities of *my* people. While the authors frame their work as a bold act of resistance against genocide, their approach seems to be riddled with contradictions, omissions, and an unsettling lack of transparency.

The Contradiction of Anonymity

The AnonymOT Collective claims to advocate for open and public discourse while operating under a pseudonym. This decision, ostensibly taken to avoid reprisals, raises significant ethical and intellectual concerns. Advocacy for justice demands accountability (Jadallah, 2024; Ramugondo, 2024), yet anonymity denies readers the ability to evaluate the authors' lived experiences, professional backgrounds, and personal stakes in the issues discussed. Positionality is not a theoretical abstraction but a necessary foundation for ethical engagement (Junior et al., 2024). By obscuring their identities, the authors undermine their credibility and the solidarity they purport to champion. This contradiction casts doubt on the sincerity of their claims and diminishes the impact of their arguments.

As a Palestinian occupational therapist, I find this anonymity particularly troubling. My work and advocacy require me to navigate systemic oppression and risks, yet I stand by my name and identity. The authors' choice to remain anonymous

suggests a privilege of detachment—a luxury unavailable to those directly affected by the injustices they discuss (Córdoba, 2020; Leonardo, 2004; Minarik, 2017). Those who claim to speak for justice must embody the courage and accountability they demand from others (Ventres et al., 2018).

Possible Exclusion of Palestinian Voices

While the commentary centres on the genocide in Palestine (Amnesty International, 2024), it fails to adequately incorporate the voices and experiences of Palestinian occupational therapists. The authors' sweeping critique of institutional complicity and silence is undermined by their failure to foreground those most affected by the crisis. Were Palestinian therapists from Gaza or the West Bank consulted or included in this work? The article does not make this clear. This omission is not a minor oversight; it is a glaring flaw that perpetuates the very silencing the authors claim to resist.

As someone who has practised occupational therapy in the West Bank and is part of the Palestinian Occupational Therapy Association (POTA), I am acutely aware of the challenges faced by *my community*. The destruction of healthcare infrastructure, the targeting of professionals, and the daily struggles of practising under occupation (Beaumont, 2024; Euro-Med Human Rights, 2024; Khatib et al., 2024) are not abstract issues—they are lived realities. Any meaningful critique of professional complicity must centre these experiences, not marginalise them further.

Problematic Framing and Generalizations

The authors' framing of the crisis relies heavily on generalisations and selective evidence. While they rightly critique the silence of occupational therapy's governing bodies, their analysis lacks nuance and depth. For example, their discussion of the World Federation of Occupational Therapy (WFOT) fails to consider the complexities of international advocacy within highly politicised contexts. Critiquing silence is necessary, but a clear understanding of the barriers and opportunities for action within professional organisations must accompany it.

Furthermore, the commentary's reliance on broad claims about occupational justice and human rights often feels disconnected from the specificities of the Palestinian context. The authors' invocation of anti-oppressive competencies and ethical responsibilities, while rhetorically powerful, risks becoming performative without concrete actions or proposals. Advocacy must move beyond abstract principles to address the tangible needs and realities of affected communities.

The Role of Social Media and Public Discourse

The commentary also highlights the role of social media in

amplifying voices and mobilising resistance. However, the authors' engagement with these platforms raises questions about their objectives and accountability. Advocacy on social media is not without its pitfalls, including the risk of performative allyship and the commodification of suffering. The authors' anonymity further complicates this dynamic, as it shields them from scrutiny while they critique others for their silence.

As a Palestinian therapist, I have witnessed the power of social media to galvanise support and raise awareness. However, I have also seen how it can be used to tokenise struggles and obscure the voices of those most affected. The authors must critically reflect on their use of these platforms and ensure that their advocacy does not perpetuate the very dynamics they seek to challenge.

Professional Complicity and the Way Forward

The commentary's critique of professional complicity is both necessary and timely. However, it must be accompanied by a more robust analysis of the structural and systemic factors that enable such complicity. The authors' call for governing bodies to break their silence is important, but it must be matched with concrete strategies for achieving this goal. What specific actions should WFOT and other organisations take? How can occupational therapists collectively hold these bodies accountable?

Moreover, the authors must acknowledge their role within these systems. Advocacy is not a position of moral superiority; but a practice of accountability and solidarity (Emery-Whittington & Te Maro, 2018; Gilio-Whitaker, 2019; Shaffer, 1979). By failing to fully engage with the complexities of their positionality and the limitations of their approach, the authors risk reproducing the very power dynamics they seek to dismantle.

Conclusion

In conclusion, the commentary by the AnonymOT Collective raises important questions about justice, silence, and complicity within the occupational therapy profession. However, its contradictions, omissions, and lack of transparency undermine its impact and credibility. As a Palestinian occupational therapist, I assert my right to know the identities of those who claim to speak on behalf of my people. I also call on the authors to critically reflect on their practices and to centre the voices and experiences of those directly affected by the injustices they discuss.

Advocacy for justice is not a theoretical exercise; it is a practice rooted in courage, accountability, and solidarity. If the AnonymOT Collective wishes to contribute meaningfully to this work, they must embody these principles in both word and action. Anything less risks perpetuating the very silencing and complicity they seek to resist.

Acknowledgement

Through this, I honour the extraordinary resilience, courage, and dedication of occupational therapists and all healthcare workers in Gaza and the West Bank. Amid unimaginable challenges, they continue to provide care, hope, and support to their communities. Their tireless commitment to human dignity and well-being, even in the face of systemic violence and devastation, inspires the global healthcare community. I reaffirm my responsibility to amplify their voices and advocate for justice.

References

- Amnesty International. (2024, December 5). Israel/occupied Palestinian Territory: 'You Feel Like You Are Subhuman': Israel's Genocide Against Palestinians in Gaza. <https://www.amnesty.org/en/documents/mde15/8668/2024/en/>
- AnonymOT Collective. (2024). Occupational therapists speaking for justice and human rights: From complicit silencing to collective resistance. *Aporia*, 16(2), 15-26.
- Beaumont, P. (2024, March 25). Medical crisis in Gaza hospitals at 'unimaginable' level, aid agencies say. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2024/mar/25/gaza-medical-crisis-hospitals-aid-agencies>
- Córdoba, A. G. (2020). About new forms of colonization in occupational therapy. Reflections on the Idea of Occupational Justice from a critical-political philosophy perspective. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(4), 1365–1381. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2175>
- Emery-Whittington, I., & Te Maro, B. (2018). Decolonising occupation: Causing social change to help our ancestors rest and our descendants thrive. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 12–19. <https://doi.org/10.3316/informit.779745338782955>
- Euro-Med Human Rights. (2024). Israel's demolition of educational institutions, cultural objects in Gaza is additional manifestation of genocide. *Euro-Med Human Rights Monitor*. <https://euromedmonitor.org/en/article/6163/Israel%E2%80%99s-demolition-of-educational-institutions,-cultural-objects-in-Gaza-is-additional-manifestation-of-genocide>
- Gilio-Whitaker, D. (2019). *As Long as Grass Grows: The Indigenous Fight for Environmental Justice, from Colonization to Standing Rock*. Beacon Press.
- Jadallah, C. C. (2024). Positionality, relationality, place, and land: Considerations for ethical research with communities. *Qualitative Research*, 14687941241246174. <https://doi.org/10.1177/14687941241246174>
- Junior, J. D. L., Rudman, D. L., & Lopes, R. E. (2024). Alliances between social occupational therapy and critical occupational science: Propositions to mobilize social justice. *Journal of Occupational Science*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14427591.2024.2374308>
- Khatib, R., McKee, M., & Yusuf, S. (2024). Concerns regarding Gaza mortality estimates – Authors' reply. *The Lancet*, 404(10466), 1928. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01872-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01872-5)
- Leonardo, Z. (2004). The Color of Supremacy: Beyond the discourse of 'white privilege.' *Educational Philosophy and Theory*, 36(2), 137–152. <https://doi.org/10.1111/j.1469-5812.2004.00057.x>
- Minarik, J. D. (2017). Privilege as Privileging: Making the Dynamic and Complex Nature of Privilege and Marginalization Accessible. *Journal of Social Work Education*, 53(1), 52–65. <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1237913>
- Ramugondo, E. L. (2024). Occupational consciousness: Theorising to dismantle systemic racism and dehumanisation. *Journal of Occupational Science*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/14427591.2024.2429681>
- Shaffer, T. (1979). *Advocacy As Moral Discourse*. Journal Articles. https://scholarship.law.nd.edu/law_faculty_scholarship/152
- Ventres, W., Boelen, C., & Haq, C. (2018). Time for action: Key considerations for implementing social accountability in the education of health professionals. *Advances in Health Sciences Education*, 23(4), 853–862. <https://doi.org/10.1007/s10459-017-9792-z>

To join the author:

Yousef R. Babish, doctoral student
Mrs. T.H. Chan Division of Occupational Science and Occupational Therapy
University of Southern California
1540 Alcazar St, Los Angeles, CA, 90089,
United States of America.
E-mail: Ybabish@usc.edu.

Commentary

The problem is not anonymity, but genocide; Reply to Babish’s “Response to the AnonymOT Collective”

THE ANONYMOT COLLECTIVE

Babish’s response to our commentary, *Occupational Therapists Speaking for Justice and Human Rights: From Complicit Silencing to Collective Resistance* (AnonymOT Collective, 2024), contests the anonymity chosen by its authors, and contends that there is a paradox in anonymity in the context of justice. A “paradox” is something that appears self-contradictory but that may hold deeper truth. While appearing contradictory, the fact that anonymity can be used to serve justice could thus hold a certain truth.

We share Babish’s commitment to the principle of “nothing about us without us” as a vital stance in any struggle against oppression, particularly in the context of the ongoing literal and symbolic erasure of Palestine and Palestinians. However,

Babish makes several assumptions about the AnonymOT Collective without engaging with the message itself.

Our intentions in responding to Babish are to assert that justice can be advanced without always centring one’s own identity, to assert our belief in the value of a diversity of tactics in the fight against oppression and injustice, and to affirm our commitment to stand in solidarity with the Palestinian people and with others who are similarly committed. Thus, we explicitly stand with Babish and their community in our intention – even if we may disagree on elements of praxis. We hope our reply is seen as complementary to, and supportive of his call to amplify the voices of Palestinians.

The problem is not anonymity, it is genocide

First, we address Babish’s central concern: that the authors failed to “incorporate the voices and experiences of Palestinian occupational therapists” and that our choice to remain anonymous suggests a shared privilege of detachment. This contention overlooks the obvious alternative: that these voices and experiences were in fact present (despite their

anonymity) and that if detachment was possible there would have been no risk to being named.

While Babish appears to view the choice to remain anonymous as a strategy to protect the status and privilege that a few within our Collective enjoy, we argue the opposite. In reality, the authors of the Commentary gained nothing from this publication. In the healthcare professions, authors accumulate social capital for every publication they achieve; thus, the authors who worked together over countless hours to both write the Commentary and find a willing venue for academic publication, have forfeited the public recognition this paper would ordinarily have provided. Those with privilege and lower risk of reprisals among our Collective chose to remain anonymous in solidarity with, and to protect their more marginalized colleagues already targeted for their social identities. As a Collective, we were in complete agreement that our Commentary ought to centre its message rather than being a platform for showcasing its authors, and that speaking against genocide did not require the perceived legitimacy of names, positions or titles. We had hoped that by omitting our names, our detractors would focus solely on our message.

Babish claims to have the “right” to be told the identities of the AnonymOT Collective. He does not. We reject the assertion that any reader possesses a fundamental “right” to tell others when they ought to out themselves or expose themselves to harm; and whether their perceptions of the risks they confront are legitimate. One would be ill-advised to assume that the risks faced by our Collective were minimal or absent, and that some of us had not, already, been targeted for employment sanctions, online hate and threats. We do not compare the risks we take to those faced by Palestinians under occupation, yet it still remains that our stance vis-à-vis our own risk-assessment is non-negotiable. Just as “cultural safety” can only be assessed by the recipient of care (and not by health-care providers; Gray & McPherson, 2005), we assert our own right, as authors, to determine when we are in a position to assume the risks related to certain actions while maintaining our capacity to continue our activism and care for our communities. In the face of tyranny, “we are free only insofar as we exercise control over what people know about us, and in what circumstances they come to know it” (Snyder, 2017, p.88).

Babish contends that anonymity “denies readers the ability to evaluate the authors’ lived experiences, professional backgrounds, and personal stakes in the issues discussed”. It does not. Our paper asserted the simple aim “to add our voices to those healthcare professionals who are speaking against genocide, including those working in healthcare in Gaza”. As a collective of occupational therapists, we believe that most readers of the Commentary will have been able to

discern our professional and personal stakes in ending our profession’s silence; and our inherent right – and obligation – as occupational therapists, to speak up.

We uphold the imperative, for all those seeking to end injustice, to stand together and support each other. The requirement that every name be systematically made public, rather than fostering collective agency over the practice of mitigation of harm and so-called collateral damage, would have countered the solidarity we cherish; as would the exclusion of those who are most at-risk for lack of better protection. Solidarity is made possible through collective action; and fighting from within is a *strategy*. Moreover, oppression is sustained when the oppressed are divided and fight against one another. And once students have lost their university places, clinicians and academics have lost their jobs, and those wielding power over the silence remain in place, the status quo prevails.

Anonymity’s long history in advancing justice

Anonymous writing is a form of communication frequently used to advance justice. Historically, anonymity has been used strategically to bring attention to the wrongdoings of organizations when officially sanctioned means of protest have been attempted (and exhausted). Anonymous groups of intellectuals and activists such as The Invisible Press in apartheid South Africa, or The Invisible Committee, contributed to resistance literature by arguing for a global uprising against capitalist and colonial structures of power.

Even a cursory search of the literature reveals that anonymity is frequently employed by authors with lived experience in various situations of oppression, using their personal experiences to advance justice by exposing the wrongdoings of those in power. For example, a PubMed search reveals that the pseudonym “Anonymous” has been used over 100 times and in some of the most prestigious journals, giving a voice to patients’ experience of violence in healthcare settings, for example, and to whistleblowers witnessing unethical situations. Similarly, our Commentary cited Salam (2024), a Palestinian who chose to publish under an anonymous pseudonym to protect their identity and focus attention on the message: that “there is no way to leave Gaza”. Their anonymity did not diminish the power of their message; we sincerely hope that Salam is still alive and uninjured.

While Babish argues that anonymity precludes transparency and accountability, we argue that transparency, accountability, and anonymity are not mutually exclusive. Our article was peer reviewed, and even underwent legal consultation, being thereby exposed to the scrutiny of our peers (whose critiques were incorporated into our revised manuscript). And once published, we remain accountable, as demonstrated by this

detailed response to our critic. Accountability is not a matter of identity. The idea of being accountable while being anonymous is paradoxical but not impossible.

Babish advances the obvious contention: that “advocacy for justice is not a theoretical exercise; it is a practice rooted in courage, accountability, and solidarity”. We agree; the process of writing as a large collective with a diversity of lived engagements, undertaking the revisions suggested during the peer review process, and publishing the paper was never a theoretical exercise. The practicality of organizing such a collective, in a context where silence, isolation, and close surveillance prevailed, had to be done skillfully to maintain dialogue without further increasing the risks. This process demanded *courage* to trust and fully engage with each other, to be *accountable* to each other, and to stand in *solidarity* with those of our Collective most immediately impacted by the actions of the Israeli government and ongoing ethnic cleansing in Gaza.

The problem of “speaking for others”

Babish is not the first in academia to identify the consequential “problem of speaking for others” (Alcoff, 1991). Clearly, the inherent problem of anonymous publishing is the inevitable (and often erroneous) assumption made about the identity/ies of the author/s. Thus, Babish refers to “my” people, seemingly assuming both a unitary experience of Palestinians in the occupied territories and enforced diaspora, and that Palestinians might not also be “our” people as members of the Collective. We were aware, of course, that we might be criticized for our decision to assert and support the inherent right of Palestinian occupational therapists (and their allies) to choose for themselves which risks they do and do not wish to take or to prioritize in the current moment; including their right to protect their own names. We are genuinely pleased that Babish is surrounded by an environment that makes him able to engage in “work and advocacy”, “navigate systemic oppression and risks” while standing “by [his] name and identity”. Regrettably, anti-Palestinian racism is rife in many western countries, including Canada (Arab Canadian Lawyers Association, 2022), and the complexities arising from those positioned differently from Babish may compel them to make different choices. Our Collective respected their rights in this matter, just as we respect Babish’s courage in standing by his own name and identity.

Although Babish affirms his “responsibility” to amplify the voices of all occupational therapists and healthcare workers in Gaza and the West Bank, we are unable to discern how this was done in his paper. Indeed, we respectfully ask: in his paper, where *are* the voices of those Babish claims the responsibility

to represent? However, just as ending racism is not solely the responsibility of racialized people, our collective believes that, while avoiding saviourism, advocating against the genocide of Palestinians should not rest solely on Palestinians.

Our demand for institutional accountability

Babish contends that those who claim to speak for justice must embody the courage, accountability and solidarity they demand from others. This assertion suggests that members of our Collective could not embody such qualities simply because of anonymity. This also reveals that the paper is not being judged on its merits, but rather, that moral judgements are being made based on assumptions about who the Collective is composed of, and the presumed identities of its 60+ members (the numbers of which have kept growing since the paper’s publication).

We respectfully refer Babish to our paper, which carefully ensured that we do *not* call for individual therapists to be held accountable for the inaction of their professional bodies but rather demanded institutional accountability from occupational therapy’s professional organizations. Our Commentary specifically cites the proclamations of the Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) and of the World Federation of Occupational Therapists (WFOT) and demands that these public statements be documents of action rather than performance. Nowhere in our paper do we place the responsibility for ending the silence on individual occupational therapists and students. This would have been profoundly irresponsible; and in the absence of support from their profession, would have compounded the harm that has already accrued to those occupational therapists and students who have sought to take a public stand against the genocide.

For us as a collective, the decision to remain anonymous was justified by the idea that we must always fight collectively against oppression (instead of attacking our allies whose choices and tactics may differ from our own). We are collectively accountable: we do not shirk criticism, and we engage with others who challenge our message. It is obviously true that we cannot be held individually accountable. But this has no relevance in light of our commitment to collective accountability and our demand for institutional accountability. Moreover, oppression will not be overturned by individual action.

On moral superiority

Babish claims that “advocacy is not a position of moral superiority, but a practice of accountability and solidarity”, without providing evidence for which aspects of our Commentary triggered this statement. Claiming moral superiority requires that one judge the morality of others and

establish one's own morality as superior. Our Commentary centered neither ourselves nor our morality (part of the problem raised by Babish is that the paper was not enough about us). Rather, it referred to our professional bodies' self-proclaimed assertions of morality and challenged them to remain consistent by enacting what they say they should enact. Demonstrating the incoherences of these bodies does not correspond to claiming moral superiority as that would have involved that we state our own morality and argue for this morality to be superior.

However, we agree that advocacy does have something to do with morality. In advocacy, our intention is necessarily to make things better, to improve a current, problematic situation. One tangible way of enacting the "good" for us in a situation where much is out of the control of individuals, meant demanding that, collectively, our governing bodies reflect our ethical standards as health professionals in promoting justice and speaking up in the face of human rights violations. In this sense, advocacy remains a moral discourse.

Finding excuses for the silence

Babish asserts that our discussion concerning the WFOT should have provided a robust analysis of the structural and systemic factors that enable professional complicity with genocide; that we failed to consider "the complexities of international advocacy within highly politicised contexts. Critiquing silence is necessary, but a clear understanding of the barriers and opportunities for action within professional organisations must accompany it". This raises two issues.

First, we did not – and do not – believe it to be our obligation to provide excuses for the complicit silence and absence of ethical action on the part of our professional bodies. Yes; there are (always) barriers to action. But we must not forget that occupational therapists and the public have been assured that "since its inception in 1952, WFOT has advocated for human rights. It always will" (WFOT, 2020). "Always", they wrote in 2020. What excuse can be given for their current failure to speak up? If and when CAOT and WFOT decide to end their silence, it is surely up to them to explain their apparent difficulties in speaking up for the human rights of their Palestinian members and of the Palestinian people during the genocide. Not us.

Second, we respectfully suggest that Babish has failed to consider how "the complexities of international advocacy within highly politicized contexts" informed our own decision to remain anonymous. Thus we agree with Babish that "Critiquing silence is necessary, but a clear understanding of the barriers and opportunities for action ... must accompany it". Babish has advanced a robust criticism of the silence we have maintained

surrounding our names but has not demonstrated an understanding of the barriers and (constrained) opportunities for action that might have framed our decision to write anonymously.

Babish notes that "The authors' call for governing bodies to break their silence is important, but it must be matched with concrete strategies for achieving this goal. What specific actions should WFOT and other organizations take?". Again, we respectfully refer him to the last section of our Commentary, where we outlined concrete strategies for occupational therapy's governing bodies to begin actions in accordance with their own ethical principles.

Support for the assertions within the Commentary

Babish asserts that "The authors' framing of the crisis relies heavily on generalizations and selective evidence". This is an astonishing assertion considering that our Commentary contained fully five, double-columned pages of references. These included 15 publications in leading medical journals (including BMJ, JAMA and the Lancet) penned by medical personnel working in Gaza, four scholarly papers addressing the genocide in Gaza, many publications from Amnesty International, the Human Rights Council, Human Rights Watch, Oxfam, Al Jazeera, the Guardian and New York Times, two reports from the International Court of Justice, three from the UN Office of the High Commissioner for Human Rights and several reports from the United Nations.

Crimes against Palestinians have atrociously – yet unsurprisingly – continued following the presumed ceasefire of January 19, 2025. Much more work is needed to analyze the historical implications of this complicity, and this demonstration should draw from various disciplinary and experiential perspectives. This was beyond the intended scope of our paper-as-political-action. In this time-sensitive context, our decision was to limit the scope of our paper to providing a brief overview of the current amplification of a genocide, and making the link to the complicity upheld by the silence in our profession. As a Collective, we wholeheartedly welcome additional contributions that align with the aims advanced by Babish and hope that WFOT will invest the necessary resources to ensure their global dissemination.

Social media

Babish challenges our use of social media platforms, claiming that "the authors' engagement with these platforms raises questions about their objectives and accountability". Aware of the reality that "advocacy on social media is not without its pitfalls, including the risk of performative allyship and the

commodification of suffering” (Babish, 2025), as well as the inherent lack of accountability – pitfalls that are displayed across occupational therapy’s social media platforms – we chose instead to publish our thoughts in *Aporia*: a forum that demanded peer review and intellectual accountability. As stated in our paper, this choice of platform – in this case an academic journal – was intended to complement social media and other grassroots initiatives to (1) penetrate a different anticipated audience; one often not reached through social media with its tendency to devolve into “echo-chambers”; and (2) add to the advocacy toolbox by making the link specifically to occupational therapy. This choice was justified especially in light of – as outlined in the paper – the silence with which occupational therapy organizations had so far responded to the multiple advocacy letters diffused via GoogleDocs or social media. We will perhaps also note that publication in an academic journal was not an easy feat and highlight that it was not an occupational therapy journal that accepted our paper.

Conclusion

We welcomed Babish’s paper and the opportunity it has given us to assert, again, that the importance of our Commentary lies not in its authorship, but in its message: That occupational therapists are obligated to use their collective voice to demand that their profession’s governing bodies manifest the same ethical standards and respect for human rights that they require of their individual members. We are glad that our paper has generated dialogue in our professional community. For example, the paper was shared by the CAOT in its weekly newsletter on November 21, 2024. In introducing the paper, the CAOT finally recognized what is happening as a “genocide” in front of all its members. In that sense, our paper broke the silence, thus achieving one of its aims. For some of those who were censored or who have been harmed by the silence in the profession, our Commentary was received as a reflection of their own ethics, and a sense of recognition and harmony with their own understanding of their profession’s role. Like any action taken in this case, publishing an academic paper should never be conceived as an end in-itself or even as the most effective action. It was a modest contribution, just one action, that our collective engaged in alongside other ongoing actions, tactics and strategies.

If our goal within our respective spheres of influence is to end the genocide and the ethnic cleansing of Palestinians (Pappe, 2007), we must agree that there is no single way of doing advocacy and activism, of resisting and pushing back against harm: we must each act in accordance with our values, our positions and our abilities. We close by citing Palestinian

psychiatrist Samah Jabr – a figure of the Palestinian liberation struggle – who recently wrote: “When a struggle begins to revolve around ideological gatekeeping rather than collective emancipation, it weakens from within. It is no accident that colonial regimes rely on the tactic of fragmentation.” (2025). She added: “The road to freedom is not paved with denunciations but with dialogue among the oppressed.” So, when Babish asks “How can occupational therapists collectively hold [our governing] bodies accountable?”, we respond: by acting collectively as Palestinians, as well as with those who share our deep concern for the people of Palestine, finding strength in the diversity of all our positionalities and strategies.

References

- Alcoff, L. (1991). The problem of speaking for others. *Cultural Critique*, 20: 5-32.
- AnonymOT Collective. (2024). Occupational therapists speaking for justice and human rights: From complicit silencing to collective resistance. *Aporia*, 16(2), 15-26.
- Arab Canadian Lawyers Association. (2022). Anti-Palestinian racism: Naming, Framing and Manifestations. Community Consultations and Reflections. ACLA.
- Babish, Y.R. (2025). The paradox of anonymity in justice: A Palestinian occupational therapist’s response to the AnonymOT Collective. *Aporia*, 17 (1), 3-5.
- Gray, M., & McPherson, K. (2005). Cultural safety and professional practice in occupational therapy: A New Zealand perspective. *Australian occupational therapy journal*, 52(1), 34-42.
- Jabr, S. (March 6, 2025). How Liberation Struggles Lose Their Way. *Chronique de Palestine*. <https://www.chroniquepalestine.com/how-liberation-struggles-lose-their-way/>
- Pappe, I. (2007). *The ethnic cleansing of Palestine*. London; One World.
- Salam. (2024). There is no way to leave Gaza. *Lancet*, 403, 26.
- Snyder, T. (2017). *On tyranny*. New York, Penguin Random House.
- WFOT. (2020). Statement on systemic racism. wfot.org

About the authors:

At the time of publishing, the AnonymOT Collective was composed of 60+ occupational therapists, students, and faculty members from different countries and continents. Those interested in pursuing a critical dialogue and exchange can join the Collective by using the following corresponding address:

AnonymOT_Collective@proton.me

Résumé

Le concept de performance s'est progressivement imposé dans les politiques de santé. Présentée comme nécessaire et positive, elle est souvent réduite à l'efficacité, qui se traduit par des politiques et des modes de gestion qui visent l'optimisation. Alors qu'elles seraient garantes de la soutenabilité de nos systèmes de soins de santé, ces pratiques les ont rendus fragiles. Un éclairage venu des sciences du vivant nous permet de mieux comprendre pourquoi. En effet, les biologistes constatent que les êtres vivants ne privilégient pas l'optimisation, mais bien la robustesse. Pour faire face aux fluctuations, un organisme robuste fonctionne avec des redondances, des gaspillages apparents, de l'hétérogénéité, des fluctuations organisées, de la lenteur et de l'hésitation. Il fonctionne de façon sous-optimale. Cet article propose une réflexion théorique et des pistes de gestion des organisations pour des systèmes de soins de santé plus robustes.

Mots clés système de soins de santé, gestion des soins infirmiers ; optimisation ; performance ; robustesse

Pour des systèmes de soins de santé viables : privilégier la robustesse plutôt que l'optimisation

DAN LECOQ

Introduction

Depuis quelques années, le concept de performance s'est progressivement imposé dans les politiques de santé, jusque dans les écrits des plus hautes instances internationales. Ainsi l'OMS, dans son rapport sur la santé, lance en 2000 un appel à l'amélioration de la performance des systèmes de santé, qu'elle définit comme « ce que le système devrait être capable d'accomplir, c'est-à-dire aux meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources » (1). Derrière cette invitation à une meilleure performance, présentée comme nécessaire et positive, se retrouve en fait une incitation à plus d'efficacité, qu'on peut définir de façon générale comme l'« aptitude (d'une machine, d'une technique, d'une personne ou d'une

entreprise) à fournir le meilleur rendement » (2), c'est-à-dire le meilleur « rapport entre une production, un travail et la totalité des valeurs des unités qui permettent de l'obtenir » (3).

Ces dernières décennies, de très nombreux systèmes de soins de santé (SSS) ont été dotés de cadres de référence pour mesurer leur performance (Health System Performance Assessment Framework) (4). Le concept d'efficacité y est omniprésent, même si on peut noter qu'ils incluent des éléments variables, selon les organisations et dans le temps (5).

Ainsi, à titre d'exemple, le cadre de mesure de la performance du système de santé canadien proposé en 2015 par l'institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indique à propos de la prestation efficace des services, qu'elle est « la mesure dans laquelle l'hôpital maximise le volume de services de santé dispensés pour une utilisation minimale de ressources » (6).

Cette idée revient régulièrement dans le rapport de l'ICIS qui précise que la prestation efficace des services « vise à éviter le gaspillage d'équipement, de fournitures, d'idées et d'énergie,

ainsi qu'à maximiser les services offerts pour une quantité de ressources données ou à minimiser les ressources nécessaires pour obtenir des extrants donnés » compte tenu des procédés technologiques en vigueur (6).

En Belgique, le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) s'est notamment inspiré du cadre pancanadien de l'ICIS pour mettre en place le cadre conceptuel d'évaluation de la performance du SSS belge. Avec l'accessibilité, la qualité des soins, la durabilité et l'équité, l'efficacité est une des dimensions de la première version de ce cadre conceptuel belge. Elle y est définie comme « la relation entre l'input investi dans le système (p. ex. moyens financiers, temps, travail, capital) et les résultats de santé intermédiaires (p. ex. nombre de patients traités, délais d'attente) ou finaux (p. ex. gain d'années de vie ou d'années de vie pondérées par la qualité (QALY)) qui en découlent » (7) on y retrouve la même logique que dans le cadre canadien. Dans la version actuelle du cadre d'évaluation de la performance du SSS belge, l'efficacité est devenue une dimension transversale, qui transcende les autres dimensions (8).

Optimiser pour davantage d'efficacité

Toujours selon l'ICIS, « tout résultat qui s'éloigne de l'amélioration optimale de la santé ou de l'expérience positive du patient qui aurait été possible avec la même quantité de ressources constitue un signe d'inefficacité. L'atteinte de ce résultat contribue à l'objectif plus général qui consiste à optimiser l'utilisation des ressources du système de santé. » (6) Il est intéressant de relever que, sous la plume des rédacteurs du rapport de l'ICIS, l'optimisation des processus de soins et de la production de services au sein du système de santé (9) est ainsi légitimée en tant qu'objectif en soi. Cette prise de position est conforme à celle du « triple objectif » énoncé en 2008 par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), défini comme étant à la fois « l'amélioration de l'expérience individuelle des soins, l'amélioration de la santé des populations et la réduction des coûts des soins par habitant pour les populations » Traduction libre d'après (10).

Cette volonté d'optimisation se fonde, comme l'écrivent explicitement ses promoteurs, sur la conviction que ce changement est lié aux exigences sociétales en matière d'efficacité (10). A des fins d'optimisation, les décideurs politiques et les gestionnaires introduisent alors des principes développés dans le secteur privé marchand et industriel pour « améliorer les processus ». Ceux-ci reposent sur des convictions positivistes dans le potentiel des nouvelles technologies et dans la possibilité de prédire et de contrôler les phénomènes. Cela se traduit par des pressions sur le personnel au travail dans les organisations de santé pour augmenter

l'efficacité des processus de soins, à ressources constantes ou en diminution, autrement dit à augmenter leur efficacité (11). Des mécanismes de financement liés à la performance sont mis en place, incluant parfois des coupes budgétaires en guise de sanction pour les organisations jugées moins performantes, alors même que les bénéfices financiers de l'optimisation des processus resteraient à démontrer (12). Certains auteurs suggèrent que l'éthos des gestionnaires entre parfois ainsi en conflit avec celui des professionnels de santé. Les modèles mentaux des premiers reposeraient sur un discours socio-politique où le changement dans les organisations de santé est motivé par une exigence sociétale de plus d'efficacité et une logique de meilleur rapport qualité-prix (13,14), alors que les professionnels de la santé actifs en pratique clinique envisageraient davantage le changement sous l'angle de l'éthique, des résultats de recherche scientifique et de la mise à disposition des avancées techno-scientifiques disponibles (13,14). Les politiques de réduction des dépenses seraient présentées comme des « opportunités d'amélioration » par les premiers alors qu'elles seraient synonymes, dans l'esprit des seconds, d'une diminution de la qualité des soins (13,15). Cependant, cette opposition est à nuancer. Les professionnels de la santé apparaissent divisés sur ces questions, certains soutenant les politiques préconisées par les gestionnaires (16).

L'optimisation au sein des établissements de soins de santé

Prenons l'exemple des hôpitaux et examinons quelques-unes des stratégies d'optimisation mises en œuvre par les décideurs politiques et les gestionnaires, et envisageons leurs conséquences sur les professionnels infirmiers, sur les patients et sur l'environnement.

Quelques stratégies d'optimisation

Une façon d'optimiser est de pousser au raccourcissement des durées de séjour, sans nécessairement considérer les déterminants non médicaux de la santé des personnes dont le séjour se voit raccourci, malgré des appels à la vigilance à ce sujet (17). Parallèlement, les politiques peuvent également favoriser le recours à la chirurgie de jour pour un plus grand nombre de patients et davantage de types d'interventions. Dans ce cas, le patient reste moins longtemps hospitalisé tout en requérant, malgré les avancées techno-scientifiques, une quantité de soins sensiblement identique (18,19). Il en résulte que les soins doivent être dispensés par les professionnels de la santé au sein des organisations dans un temps plus court, ou dans la communauté sans que celle-ci ne soit nécessairement préparée à les assumer (17). Une autre façon d'augmenter l'intensité des soins est de maximiser le taux d'occupation :

à peine un patient est-il sorti qu'un autre prend sa place. Cela permet de diminuer le nombre de lits hospitaliers jugé nécessaire et par conséquent la quantité de personnel engagé quand le nombre d'emplois infirmiers est calculé en fonction du nombre de lits physiques. Aussi, on entend dire que les chevauchements horaires des équipes sont inutiles, et ceux-ci sont par conséquent réduits : le temps de travail en double équipe (matin et après-midi ou nuit-matin) disparaît ou est minimisé alors qu'il apparaît comme essentiel pour la continuité des soins et la sécurité des patients car indispensable pour la transmission d'informations (20). Les temps de consultation sont minutés, pour atteindre un objectif chiffré en nombre de patients par heure. Une tendance en matière de soins infirmiers est également, dans certains SSS, et notamment en Europe, de remplacer des professionnels infirmiers par des personnes moins ou non qualifiées pour effectuer certains soins, à moindre coût (21,22). Les stocks de consommables et de produits pharmaceutiques sont réduits dans les unités de soins et au niveau de l'officine centrale, avec des conséquences négatives en termes de disponibilité de ces produits rapportées par certains auteurs (23). Ces réductions de volume des stocks peuvent entraîner à leur tour la réduction ou la disparition des espaces d'entreposage près des aires de soins. Songeons aussi à la récente pandémie de COVID-19 durant laquelle les professionnels de la santé ont manqué d'équipements de protection individuels dès le début de la crise, les stocks étant réduits et les établissements de santé dépendants de chaînes de production situées à des milliers de kilomètres.

Conséquences de l'optimisation sur les êtres humains et l'environnement

Dans nos sociétés, le néolibéralisme domine le discours dans l'arène politique (24). Ainsi, ce courant de pensée tend à transformer radicalement les démocraties libérales en soumettant toutes les dimensions de l'existence à une rationalité économique. Selon certains auteurs, on peut constater en effet que le néolibéralisme est une rationalité politique qui « organise... les politiques et va au-delà du marché » (25) : par conséquent il apparaît que les solutions organisationnelles conformes aux fondements idéologiques du système sont privilégiées dans tous les domaines. Foth et al. relèvent ainsi des tendances de fond au niveau international (24) : la pression économique croissante sur les systèmes de soins de santé, qui conduit à de profondes transformations se traduisant par la responsabilisation des infirmières dans la « rationalisation » de leurs services au chevet des patients, notamment dans une dynamique de privatisation croissante des services sociaux et de santé autrefois financés et administrés par l'État. La logique d'efficience se traduit partout par une

dynamique d'optimisation (24). Or la littérature scientifique démontre depuis de nombreuses années que les pratiques de gestion et d'organisation actuelles, qui découlent de la logique d'optimisation, engendrent des souffrances humaines dans nos organisations de santé (26,27). L'optimisation concourt à augmenter l'intensité du travail infirmier et à placer en permanence les professionnels dans des situations de manque relatif : manque de moyens humains pour faire face aux soins requis, manque d'humanité avec les patients et entre collègues, moindre sécurité dans les soins dispensés par du personnel moins qualifié (24), voire manque de matériel et de médicaments (28). Ainsi, des niveaux de dotation en personnel infirmier faibles ou inadéquats, des quarts de travail dépassant douze heures, des horaires peu flexibles, des contraintes de temps, des exigences professionnelles et psychologiques élevées, une faible diversité des tâches, etc. sont autant de facteurs favorisant l'épuisement professionnel, avec son lot de corollaires négatifs : détérioration de la santé générale des professionnels, augmentation des absences pour cause de maladie et intention de quitter leur emploi (29). Ces conditions d'emploi dégradées favorisent à leur tour une augmentation de l'épuisement professionnel des infirmières (30). Ce cercle vicieux a un impact négatif sur la qualité des soins, notamment en dégradant la sécurité des patients : cela se traduit par la survenue d'événements indésirables, d'erreurs de médication, d'infections et de chutes, ce qui génère de l'insatisfaction chez les patients (29). Il faut d'ailleurs souligner que les scores moyens d'épuisement professionnel et de stress traumatique secondaire mesurés par les chercheurs ont tendance à augmenter d'année en année, la pandémie de COVID-19 n'ayant fait qu'exacerber une situation déjà critique (31,32) Et quand survient un événement imprévu, aussi banal que l'absence d'un équipier ou un retard de plus de 48 heures dans la livraison de consommables, la qualité des soins est potentiellement compromise, faute de personnel ou de ressources matérielles mobilisables (33). Aussi, en plus des pressions exercées sur le personnel de la santé, les pratiques d'optimisation ont aussi pour effet de transférer une part supplémentaire du fardeau au patients et leur familles, avec des conséquences négatives pour les personnes concernées (17,34,35).

Répondre aux catastrophes

Or nos systèmes de soins de santé doivent régulièrement répondre à des catastrophes d'origine naturelle (éruptions volcaniques, tsunamis, etc.) ou liées à des activités humaines (accidents industriels, de transport, etc.). Les modifications de nos écosystèmes liées aux changements climatiques (fréquence accrue des épisodes climatiques extrêmes comme

les vagues de chaleur, les inondations et les tempêtes, pollution de l'air...) et à l'effondrement de la biodiversité (effondrements d'écosystèmes et pertes de services associés...) ont des conséquences directes sur notre santé biophysique et mentale (maladies à transmission vectorielle ; maladies d'origine hydrique et alimentaire ; maladies respiratoires, pénurie d'aliments...). Ils concourent aussi à l'instabilité sociale et politique, conséquence indirecte de ces phénomènes (perte d'habitations, pauvreté, migrations de masse, conflits violents...) (36). Ces tensions multiples contraignent les systèmes de soins de santé à s'adapter continuellement. Or, comme l'a démontré la récente pandémie de COVID-19, nos systèmes de soins de santé, déjà sous pression en « routine », ont d'importantes difficultés à répondre aux catastrophes auxquelles ils doivent être prêts à résister : ils sont incapables de s'adapter et mettent en danger la sécurité et la vie des citoyens et des professionnels de santé. Il paraît donc opportun et légitime d'aller plus loin et de s'interroger sur la logique d'optimisation qui, dans les faits, a déjà démontré ses limites alors qu'elle est censée, selon les discours, contribuer à la durabilité de nos SSS.

La question se pose donc de savoir si nos SSS sont et seront capables de faire face à ces nouvelles réalités. Certains SSS commencent à intégrer ces questionnements. Ainsi, On peut noter que, dans sa dernière révision du cadre conceptuel de la performance du système de soins de santé belge, le KCE a aussi introduit une nouvelle dimension : la résilience du SSS (38). Inspiré par des travaux réalisés au niveau européen (37), la résilience d'un SSS y est définie comme « sa capacité à prévoir les chocs, à les absorber et à s'y adapter d'une manière qui lui permette 1) de continuer à fournir les prestations requises, 2) de revenir le plus rapidement possible à un niveau de performance optimal, 3) d'adapter sa structure et ses fonctions afin de se renforcer et 4) (éventuellement) de limiter sa vulnérabilité à des chocs futurs similaires et à des changements structurels » (38). Même si le terme « optimal » est toujours présent dans cette définition, la nécessité de penser la performance des systèmes de soins de santé en intégrant la résistance aux fluctuations et l'adaptabilité y apparaissent. Des travaux récents en biologie peuvent nous aider à réfléchir à ces questions.

La résilience des êtres vivants : une question de robustesse

Dans son ouvrage « La Troisième Voie du Vivant », Olivier Hamant, docteur en biologie, interroge le vivant pour explorer les pistes qui nous permettraient de vivre au mieux avec ces fluctuations, qu'il définit comme un écart spontané à la moyenne (38). L'auteur développe une réflexion poussée à propos de la résistance des êtres vivants et de leur capacité d'adaptation. Ainsi, selon lui, la résilience des êtres vivants, des organismes les plus simples (microorganismes) au plus complexes (végétaux

et animaux) est la somme de trois capacités interreliées : la robustesse, l'adaptabilité, et la transformabilité. Un organisme résilient sera capable de transformer sa nature ou ses fonctions pour assurer sa viabilité en s'adaptant aux variations et à l'imprévu de son environnement, mais il n'est en mesure de le faire que parce qu'il est robuste. La clé de l'adaptabilité et de la transformabilité réside donc dans la robustesse, qu'Hamant définit comme la propriété d'un système « de se donner un nouvel équilibre, en présence de fluctuations internes ou externes » (39).

Vivre avec les fluctuations du monde

Dans les écosystèmes, tout est toujours dynamique, hors équilibre, et, par conséquent, fluctuant. Ce qui est notable aujourd'hui, c'est que les dégradations actuelles de notre environnement vont encore accentuer ces fluctuations, qui seront à leur tour aggravées par des rétroactions largement imprévisibles qui en seront les conséquences (40). Même si, selon Hamant, il est peu probable que nos sociétés humaines s'effondrent brutalement, le risque est grand qu'elles ne soient pas capables de s'adapter, confrontées à des fluctuations comme jamais l'humanité n'en a encore vécues. Or, selon Hamant, une lecture correcte de « L'origine des espèces » de Darwin nous apprend que ce ne sont pas les individus les plus adaptés qui survivent et prospèrent, mais bien les individus « satisfaisants » (41), qui sont ceux qui démontrent la meilleure adaptabilité, la meilleure capacité d'adaptation. Il ne s'agit donc pas d'être le meilleur mais bien de conserver la plus large marge de manœuvre possible. Cela permet de compter sur ses ressources internes pour fonctionner de façon autonome et ainsi maintenir sa stabilité à court terme, mais aussi pour évoluer, sur le long terme. C'est ce que Hamant appelle « intégrer le temps long » (38).

La sous-optimalité pour assurer la viabilité

Un organisme robuste fonctionne de façon sous-optimale : il accepte que certaines choses ne soient pas efficaces. Selon Hamant, le vivant est imparfait, et c'est ce qui lui permet de rester en vie (38). La sous-optimalité implique que le système ne fonctionne pas au maximum de ses capacités. Cette faculté permet à un être vivant d'évoluer en utilisant ses limitations ou ses faiblesses apparentes comme des ressorts permettant l'adaptabilité.

Hamant illustre la sous-optimalité et ses vertus par l'exemple de notre température corporelle. Notre organisme vit habituellement avec 37 degrés Celsius, qui est la température à laquelle les enzymes fonctionnent « bien ». Mais le fonctionnement optimum se situerait plutôt autour de 40 degrés Celsius. Alors pourquoi ne pas tendre vers cette température au quotidien ? Parce que la différence permet à notre organisme d'organiser une riposte aux infections dont

il est victime en élevant sa température, en provoquant la fièvre pour surprendre les intrus par un regain d'immunité. Et aussi parce qu'au-delà de 40 degrés Celsius, la température provoque la dénaturation de nombreuses protéines et cause des lésions à l'organisme, et conduisant in fine à sa mort. Trente-sept degrés Celsius est une température satisfaisante, viable. Selon Hamant, la biologie nous indique ainsi de façon claire que viser un optimum unique ne peut que nous conduire dans une situation de non-viabilité puisque cela nous place dans l'incapacité de faire face aux fluctuations.

Repenser les systèmes de soins de santé en termes de robustesse

En 2003, Begun et al. ont proposé de considérer nos systèmes de soins de santé et les organisations qui en font partie comme des systèmes adaptatifs complexes (SAC) comparables à des systèmes « vivants » (42). Le terme « complexe » implique la diversité - une grande variété d'éléments. Le terme « adaptatif » suggère la capacité de modifier ou de changer, la capacité de tirer des leçons de l'expérience. Un « système » est un ensemble d'éléments connectés ou interdépendants. Parmi les caractéristiques des SAC, les auteurs pointent déjà la robustesse, qu'ils définissent comme la capacité de se modifier en réponse à une information. Selon Marion et Bacon, les SAC fonctionnant comme des réseaux, si une sous-partie du réseau dysfonctionne, la fonction que remplit cette sous-partie peut généralement être redirigée vers d'autres zones du réseau (43). Cette capacité rend moins probable l'endommagement ou la destruction du système complexe. Dans l'ensemble, les systèmes complexes offrent des possibilités d'action multiples et créatives : ils peuvent peut s'adapter efficacement à un large éventail de changements environnementaux, ce qui leur confère une « résilience étonnante » (43). Cependant, on voit qu'ils sont menacés par la logique d'optimisation. Les sciences biologiques nous aident à comprendre pourquoi. Repartant de l'exemple de la température corporelle d'un être humain, nous pourrions décrire nos systèmes de soins de santé optimisés – des systèmes adaptatifs complexes - comme des organismes vivants maintenus enfiévrés volontairement et de façon permanente, ce qui compromet leur survie à court terme. Selon Hamant (38), la clé de la survie de nos systèmes et de nos organisations de soins de santé résiderait donc dans leur adaptabilité pour assurer leur transformation, ce qui impliquerait de leur part de la robustesse. Hamant nous propose quelques concepts inspirants, en regard des enseignements de la biologie, pour renforcer, pour rendre robustes, nos systèmes et nos organisations de soins de santé, fragilisés par des années d'optimisation.

Redondances

Hamant définit la redondance comme l'existence simultanée de plusieurs façons d'aboutir à un même résultat (38). Selon Hamant, la redondance est un principe du vivant qui fait gagner en « autonomie », qu'il définit comme la capacité des organismes à vivre avec les fluctuations sans aide extérieure. A contrario, l'absence de redondance rend fragile car elle compromet l'adaptabilité. La redondance implique des « doublons » en termes d'éléments de structure et de processus. Ces doublons peuvent apparaître incohérents, considérés isolément et dans l'instant, mais ils ont démontré leur utilité ou pourraient être utiles à un moment indéterminé sans qu'on ne puisse systématiquement déterminer a priori dans quelles circonstances exactes (38). Dans le domaine des soins de santé, certaines redondances sont bien connues, et même parfois encouragées. Elles peuvent prendre la forme de répétitions. Par exemple, de nombreuses lignes directrices prévoient des redondances pour assurer la sécurité des patients : les recommandations en matière d'hémovigilance impliquent des contrôles multiples des poches de sang et de l'identité du patient avant une transfusion, par des personnes différentes et à des moments différents. Aussi, conserver l'habitude de consigner par écrit des observations dans un dossier patient papier alors qu'un dossier patient informatisé existe peut paraître redondant. Mais si l'organisation est victime d'une cyber-attaque et que tous ses processus dépendent de l'informatique, elle ne pourrait plus fonctionner sans ce « doublon ». Si on pense à l'hôpital en tant que bâtiment, il est équipé d'un groupe électrogène redondant : ce générateur est susceptible de prendre le relais en cas de coupure de l'alimentation électrique délivré par le réseau. Il ne viendrait à l'idée de personne de le supprimer quoiqu'il ne fonctionne que dans de rares occasions. En plus des répétitions, Hamant souligne également que le fait de disposer d'éléments de structure « inactifs », d'une réserve, est aussi constitutif de la redondance, cette réserve étant susceptible de prendre le relai en cas de nécessité. Si on applique le concept de redondance à la gestion des soins infirmiers, pourquoi serait-il incohérent que des infirmières, soient surnuméraires et parfois inactives ? En regard des travaux de Nadot au sujet de l'activité infirmière, l'inactivité relève même d'un fonctionnement habituel de l'hôpital, et est consubstantielle à la dynamique d'une institution complexe aux finalités multiples (44,45). Plus radicalement, l'inactivité pourrait être organisée sciemment en prévision d'une défaillance ou d'une surcharge potentielle. C'est pousser au bout de sa logique le principe des « équipes renfort » qui existent déjà en normalisant le fait que des collègues soient parfois réservistes, comme des sapeurs-pompiers dans l'attente d'une alerte au feu. En l'absence de besoin de renfort, la « surcapacité » temporaire relative

de personnel permettrait de ralentir le rythme de travail, de proposer des soins plus attentionnés aux patients et à leurs proches car les infirmières disposeraient de davantage de temps. Ce temps disponible pourrait également servir à faire évoluer les pratiques de soin en permettant aux infirmières de discuter entre elles, de réfléchir. Dans un système de soins de santé, fonctionnant en réseau, les équipes renfort pourraient même être partagées pour venir en aide aux organisations qui en éprouvent le besoin.

Gaspillages apparents

Pour Hamant, le gaspillage est une façon pour le vivant de gérer l'abondance et la rareté (38). Quand il s'agit de gérer l'abondance, le trop-plein de ressources, les êtres vivants dissipent l'excédent dans leur environnement : ils redistribuent ces ressources à d'autres en alimentant leur écosystème. Le partage des équipes renfort au sein du réseau de soins évoqué plus haut pourrait s'apparenter à cette gestion de l'abondance. Pour ce qui relève de faire face à la rareté, il est ici question de constituer des stocks de ressources. La pandémie de COVID-19, encore fraîche dans nos esprits, nous a rappelé l'importance de ne pas considérer le fait de stocker du matériel comme un gaspillage, contrairement aux habitudes des adeptes du Lean Management (46). En mars 2020, la Belgique s'est ainsi retrouvée démunie de masques de protection car les autorités avaient pris la décision de ne pas reconstituer le stock stratégique qui faisait partie de son plan « pandémie » depuis 2011. Constituer des stocks qui tiennent compte des fluctuations de nos écosystèmes sur le temps long sont des facteurs de stabilité : les « gaspillages » apparents constituent un facteur d'adaptabilité.

Hétérogénéité

Selon Hamant, la robustesse est également soutenue par l'hétérogénéité. Par hétérogénéité, l'auteur entend, littéralement, la diversité des éléments de structure et des processus d'un organisme ou d'un système (38). Pour Hamant, l'hétérogénéité est une riche source d'informations, qui implique aussi de développer des collaborations pour en bénéficier. L'hétérogénéité renforce ainsi l'adaptabilité face aux fluctuations, en assurant une plus grande variété de réponses possibles face à des sollicitations de nature variée. Dans les systèmes et les organisations de soins de santé, la diversité parmi le personnel concourt à proposer des services et des soins plus adaptés pour les personnes (47). Les organisations de soins accueillent fréquemment des patients qui vivent avec plusieurs problèmes de santé chroniques. Si leurs services sont spécialisés, elles ont de la difficulté à leur proposer un accompagnement adapté. Penser en termes d'hétérogénéité peut nous inviter à innover : pourquoi ne pas engager une infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale dans un

service de médecine interne qui dispense des soins généraux ? Ou dans un service de gériatrie ? Au travers de collaborations, les compétences qu'elle pourrait mobiliser permettraient à l'équipe de faire face à des situations de soins variées. Ces modes d'organisation tranchent avec le mode organisationnel actuel, qui privilégie la surspécialisation (48).

Fluctuations organisées

Comme déjà évoqué, Hamant définit les fluctuations comme des écarts spontanés à la moyenne (38). Les êtres vivants subissent des fluctuations, qui constituent des contraintes externes. Mais ils s'organisent aussi pour vivre avec : ils gèrent les fluctuations (38). Aussi, les services de soins de santé sont sujets à des fluctuations bien connues. En hiver, les équipes de pédiatrie sont régulièrement débordées par l'afflux de jeunes patients victimes de bronchiolites. Force est alors de constater que leurs capacités sont trop faibles en période d'épidémie. En été, lors des vagues de chaleur, de plus en plus longues et de plus en plus fréquentes, les personnes âgées souffrent de déshydratation dans les services de soins de longue durée, faute de personnel soignant. Et si une façon robuste de considérer ces fluctuations saisonnières consistait à les considérer comme naturelles et à les accompagner en fluctuant en retour ? Par conséquent, la taille, la structure et les fonctions des équipiers pourraient-elles aussi varier dans le temps, partant de l'a priori que les services de soins ne sont pas des entités achevées, parfaites. Des lieux de soins envisagés en tant qu'espaces modulaires polyvalents seraient une autre piste de réflexion. Ici encore, il s'agit d'envisager de construire une réponse viable « sur le temps long ».

Lenteur et hésitation

D'après Hamant, la lenteur, qui permet les hésitations, est également des facteurs de robustesse. La lenteur permet l'adaptabilité parce qu'elle laisse assez de temps pour s'adapter, tout simplement (38). Chez les êtres vivants, la lenteur permet aussi la croissance, le développement car elle permet des hésitations, c'est-à-dire des tentatives échouées et répétées de trouver des solutions viables. Dans nos systèmes de soins de santé, nous avons vu que raccourcir les durées de séjour de façon systématique et indiscriminée pour réaliser des économies de personnel peut provoquer une diminution de la qualité des soins et une augmentation du stress au travail pour les professionnels de la santé : en effet, cela contribue à augmenter l'intensité du travail des professionnels, ce qui ne leur permet pas de proposer tous les soins nécessaires et contribue à leur épuisement professionnel (18). Cela a été démontré, par exemple, pour ce qui concerne les séjours post-accouchement (49). Certains états ont même légiféré pour garantir des durées de séjour minimales – de la lenteur – pour prévenir la survenue de complications (50). Comme évoqué

plus haut, les politiques de réduction des durées de séjour d'hospitalisation ont aussi montré qu'elles peuvent engendrer des inégalités de traitement dont les premières victimes sont les personnes les plus vulnérables sur le plan socio-économique (17). Par exemple, leur santé peut se voir compromise quand les services communautaires ne sont pas disponibles, avec pour conséquence de plus fréquentes réadmissions. Il conviendrait d'offrir à certains patients la possibilité de prolonger leur séjour hospitalier – de la lenteur – pour leur permettre un meilleur rétablissement. Aussi, repensant au travail en équipe interprofessionnelle « hétérogène », il a été démontré que cela demande du temps disponible (51). Il en est de même pour l'implication des patients et des proches dans les soins (51). De la lenteur est souhaitable pour permettre le développement de pratiques innovantes : il convient d'hésiter, de prendre le temps de tester de multiples solutions, plutôt que de mettre en œuvre une standardisation rapide des politiques de soins à des fins d'optimisation.

Robustesse, circularité et importance du collectif

Pour être complet, aussi selon Hamant (38), en sus de la robustesse, il convient également de ne pas oublier deux autres piliers du vivant : la circularité et l'importance du collectif humain et avec les « non-humains ». Car, plus généralement, en creux de la logique d'optimisation des systèmes de soin de santé se dissimulent des impensés, dont la question des ressources disponibles et celles des externalités négatives.

D'une part, pour ce qui concerne le principe de circularité, Hamant nous invite à nous préoccuper des rétroactions à long-terme de chacun de nos choix. Pour ce qui concerne les externalités négatives, outre les souffrances humaines directes, l'activité des systèmes de soins de santé a en effet un impact considérable sur l'environnement (52): infrastructures et chaînes logistiques génératrices de carbone, suremballages et utilisation de matériel à usage unique et déchets qui en résultent, utilisation en anesthésie de gaz halogénés responsables de 10 à 15 pourcents de l'effet de serre d'origine humaine, utilisation de matériel contenant des substances perturbatrices endocriniennes, etc. (33). La question de la durabilité des choix en termes d'équipement et de matériel passe au second plan dans la rédaction des cahiers de charge et des marchés publics qui privilégient les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses, les plus efficaces donc (53).

D'autre part, Hamant rappelle ainsi l'importance du collectif entre êtres humains et avec les non-humains, indispensable pour assurer la survie du groupe. Concernant le collectif humain, le respect des droits humains et en particulier celui à

la santé exigerait que le financement des systèmes de soins de santé, les ressources mises à leur disposition pour fonctionner, et sa marchandisation soient interrogés dans une perspective de justice sociale (54) considérée dans une perspective intégrée et systémique (54). Cette approche va à rebours de la théorie politique néolibérale exposée plus haut, qui prône l'efficacité et induit la logique d'optimisation. Certains auteurs étendent leur réflexion à propos de la justice sociale non seulement au présent, mais aussi à l'avenir du collectif humain : dans un monde où l'activité humaine dépasse les limites planétaires, l'extractivisme et le productivisme en viennent, selon eux, à compromettre l'avenir de nos descendants en épuisant les ressources indispensables à nos descendants (55).

Enfin, face aux menaces que constituent l'effondrement de la biodiversité et les changements climatiques et les fluctuations que ces bouleversements provoquent avec leurs conséquences sur nos sociétés, l'enjeu actuel pour les êtres humains est, aussi, selon Hamant, d'inventer un nouveau contrat social étendu aux interactions avec les « non-humains », un « contrat naturel » pour reprendre les termes de Michel Serres (39). L'optimisation est le plus souvent anthropocentrée et relève d'une vision du monde comme « un monde inerte, sans intention ni projet, un monde à disposition dont les vivants autres qu'humains formaient tantôt un vague paysage, tantôt un encombrement inutile ou gênant, tantôt des ressources à extraire ou consommer - le monde, exploitable à merci, de la matière » (56). A contrario, un projet robuste contribue à la santé commune, c'est-à-dire tout à la fois à la santé humaine, la santé sociale et la santé des milieux naturels (39).

Discussion et perspectives

Souvent, les valeurs d'efficacité et d'efficacité sont privilégiées quand il est question de gestion des systèmes et des organisations de soins de santé. C'est fréquemment à cela que se réduit le concept de performance, quand on considère l'usage qui en est réellement fait dans le secteur des soins de santé, quel que soit le discours politique qui l'accompagne. Il est paradoxal que l'intention affichée par les décideurs est souvent d'assurer la viabilité du système de soins de santé alors que les politiques mises en œuvre sont, dans la réalité, toxiques. L'optimisation est un « succès » contestable si on considère ses résultats, et son bilan est en général catastrophique si on prend en compte toutes les externalités, en particulier à moyen et long termes.

Aussi, on voit que nos systèmes de soins de santé, en tant que systèmes adaptatifs complexes, sont menacés par la logique d'optimisation. Les sciences biologiques nous aident

à comprendre pourquoi. Cette façon de fonctionner est une aberration : pour un être vivant, il ne saurait être question de « tourner à plein régime », sans répit et sans possibilité réelle de s'adapter aux fluctuations : nous savons que fonctionner de façon optimale en visant la performance réduite à l'efficacité, c'est fonctionner en dehors du vivant. Il en est de même pour nos SSS. L'optimisation induit une fragilité structurelle dans nos systèmes de soins de santé et les place dans une situation de non-viabilité. Adopter comme principe directeur la robustesse pour guider les politiques et les pratiques de gestion en soins de santé, et se détourner de la logique de performance, apparaît donc comme un impératif pour garantir l'adaptabilité de nos systèmes de santé.

Certaines méthodes de gestion, comme la « chasse aux gaspillages » ou la standardisation à tout prix qui visent à l'optimisation sont des procédés « zombifiants » qui reposent sur des illusions de prédiction et de contrôle positivistes (57). Ces pratiques transforment les organisations en entités non vivantes, en organisations où les principes du vivant sont considérés comme des dysfonctionnements. Or ces organisations sont précisément destinées à être des espaces habités par des vivants qui prennent soin d'autres vivants. Il faut donc en finir avec l'idée déraisonnable d'optimisation qui entrave les corps et les esprits des professionnels de la santé les poussant à se transformer proactivement en machines croyant « dans un progrès guidé par la main invisible de la performance » (41) et faisant d'eux des instruments de la violence de la société industrielle (58). Ces pratiques néolibérales de gestion sont en effet conformes au mode de pensée politique dominant qui menace aujourd'hui la vie de tous nos écosystèmes. Penser en termes de robustesse appelle par conséquent à réfléchir à un autre modèle de société et à remettre en cause les politiques qui guident le fonctionnement de nos systèmes et de nos organisations de soins de santé, dans une perspective de santé commune (39). Il nous faut continuer à déconstruire le principe d'optimisation, et privilégier des organisations suboptimales. Il importe d'agir urgemment car la robustesse ne peut se construire que quand il reste des marges de manœuvre qui le permettent (41) car cela requiert des investissements en temps et en finance.

Ainsi, un système et des organisations de soins de santé robustes vivraient avec des redondances, des gaspillages apparents, de l'hétérogénéité, des fluctuations organisées, de la lenteur et de l'hésitation. Tous ces facteurs considérés comme problématiques dans une logique d'« optimisation industrielle plaquée sur le vivant au XXI^e siècle » (41) peuvent constituer des éléments de solution pour construire des organisations robustes et pourraient être encouragés, voire sciemment organisés. Cela se traduirait, certes par ce qui pourrait être considéré comme des incohérences, des erreurs

et des imprécisions, de l'inachèvement et de l'imperfection. Mais ces caractéristiques sont aussi associées à la robustesse.

A tous les niveaux, aussi dans le secteur des soins de santé, il conviendrait de ne privilégier dès à présent que des projets robustes. Suivant les perspectives tracées par Hamant (38,41,59), nous invitons les professionnels de la santé à agir collectivement pour adopter la troisième voie du vivant.

Remerciements

- Pre Laurence Bernard, Inf. PhD, Université du Luxembourg
- Pr Dave Holmes, Inf. PhD, Université d'Ottawa
- Thibault Dubois, Inf. PhD, Université du Luxembourg
- Sophie Levêque, Cabinet de la Ministre de la Culture, Fédération Wallonie-Bruxelles

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. 2000 Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42282/WHR_2000_fre.pdf?sequence=1. Consulté le 18 août 2023.
2. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Efficience (définition de). 2012. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/efficience>. Consulté le 18 août 2023.
3. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Rendement (définition de). 2012. Disponible sur <https://www.cnrtl.fr/definition/rendement>. Consulté le 18 août 2023.
4. Health system performance assessment a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022. (Health Policy Series). Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/9789240042476>. Consulté le 16 août 2023.
5. Klassen A, Miller A, Anderson N, Shen J, Schiariti V, O'Donnell M. Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care. 2010; 22(1): 44-69.
6. Institut canadien d'information sur la santé. Cadres de mesure de la performance du système de santé : harmonisation des cadres relatifs aux secteurs et aux organismes à celui du système de santé. 2015. Disponible sur https://secure.cih.ca/free_products/Harmonisation_des_cadres_relatifs_aux_secteurs_et_aux_organismes_celui_du_systeme_de_sante.pdf. Consulté le 16 août 2023.

7. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, et al. La performance du système de santé Belge. Rapport 2012. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2012. KCE Report 196B. Disponible sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-12/KCE_196C_Health_system_performance_0.pdf. Consulté le 7 mars 2024.
8. Gerkens Sophie, Lefèvre Mélanie, Bouckaert Nicolas, Levy Muriel, Maertens de Noordhout Charline, Obyn Caroline, et al. Performance du système de santé belge : rapport 2024. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2024. KCE Report 376B. Disponible sur kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376B_HSPA2024__Rapport.pdf. Consulté le 7 mars 2024.
9. Institut canadien d'information sur la santé. Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien. 2013. Disponible sur https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_FR.pdf. Consulté le 18 août 2023.
10. Whittington JW, Nolan K, Lewis N, Torres T. Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years. *Milbank Q.* 2015; 93(2): 263-300.
11. Mahmoud Z, Angelé-Halgand N, Churruca K, Ellis LA, Braithwaite J. The impact of lean management on frontline healthcare professionals: a scoping review of the literature. *BMC Health Services Research.* 2021; 21(383).
12. Evans J, Leggat SG, Samson D. A systematic review of the evidence of how hospitals capture financial benefits of process improvement and the impact on hospital financial performance. *BMC Health Serv Res.* 2023; 23(1): 237.
13. Storkholm MH, Mazzocato P, Savage M, Savage C. Money's (not) on my mind: a qualitative study of how staff and managers understand health care's triple Aim. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17: 98.
14. Simonet D. Assessment of new public management in health care: the French case. *Health Res Policy Sys.* 2014; 12(1): 1-9.
15. Harvey CL, Baret C, Rochefort CM, Meyer A, Ausserhofer D, Ciutene R, et al. Discursive practice - lean thinking, nurses' responsibilities and the cost to care. *J Health Organ Manag.* 2018; 32(6): 762-78.
16. Simonet D. Technocratic recentralization in the French health care system: A critical evaluation. *Health Planning & Management.* 2019; 34(2): 824-35.
17. Clarke A. Why are we trying to reduce length of stay? Evaluation of the costs and benefits of reducing time in hospital must start from the objectives that govern change. *Qual Health Care.* 1996; 5(3): 172-179.
18. Cho SH, Park M, Jeon SH, Chang HE, Hong HJ. Average Hospital Length of Stay, Nurses' Work Demands, and Their Health and Job Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship.* 2014; 46(3): 199-206.
19. Aiken LH. Economics of Nursing. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2008; 9(2): 73-9.
20. Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook.* 2010; 58(3): 148-54.
21. Adams A, Lugsden E, Chase J, Arber S, Bond S. Skill-Mix Changes and Work Intensification in Nursing. *Work, Employment and Society.* 2000; 14(3): 541-55.
22. Dubois CA, Singh D. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health.* 2009; 7(1): 87.
23. Moraros J, Lemstra M, Nwankwo C. Lean interventions in healthcare: do they actually work? A systematic literature review. *Int J Qual Health Care.* 2016; 28(2): 150-65.
24. Foth T, Remmers H, Holmes D, Kreutzer S, Hülsken-Giesler M. Introduction: Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research: Implications for Nursing Practice. In : *Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research.* Göttingen : V&R unipress Universitätsverlag Osnabrück, 2017 ; 9-32. Disponible sur: <https://www.vr-elibrary.de/doi/10.14220/9783737005128.9>. Consulté le 18 août 2023.
25. Brown W. Neo-liberalism and the End of Liberal Democracy. *Theory & Event.* 2003;7(1).
26. Bourbonnais R, Brisson C, Malenfant R, Vézina M. Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *Am J Ind Med.* 2005; 47(1): 54-64.
27. Meredith LS, Bouskill K, Chang J, Larkin J, Motala A, Hempel S. Predictors of burnout among US healthcare providers: a systematic review. *BMJ Open.* 2022; 12(8): e054243.
28. Rinaldi F, de Denus S, Nguyen A, Nattel S, Bussièrès JF. Drug Shortages: Patients and Health Care Providers Are All Drawing the Short Straw. *Canadian Journal of Cardiology.* 2017; 33(2): 283-6.
29. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health.* 2020; 18(1): 41.

30. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med.* 2017; 32(4): 475-82.
31. Xie W, Chen L, Feng F, Okoli CTC, Tang P, Zeng L, et al. The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2021; 120: 103973.
32. Rizzo A, Yıldırım M, Öztekin GG, Carlo AD, Nucera G, Szarpak Ł, et al. Nurse burnout before and during the COVID-19 pandemic: a systematic comparative review. *Front Public Health.* 2023; 11: 1225431.
33. Jouve M, Campagnac C. Impacts de l'activité hospitalière sur l'environnement : enjeux en termes de changement climatique. *Les Tribunes de la santé.* 2019; 61(3): 75-82.
34. Lilleheie I, Debesay J, Bye A, Bergland A. The tension between carrying a burden and feeling like a burden: a qualitative study of informal caregivers' and care recipients' experiences after patient discharge from hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.* 2021; 16(1): 1855751.
35. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci.* 2020; 7(4): 438-45.
36. Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Berry H, et al. The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change: shaping the health of nations for centuries to come. *The Lancet.* 2018; 392(10163): 2479-514.
37. Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Lefèvre M, Levy M, Bouckaert N, Obyn C, et al. Performance of the Belgian health system: Revision of the conceptual framework and indicators set. Brussels, Belgium: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2023. KCE Report 370B. Disponible sur <https://kce.fgov.be/fr/performance-du-systeme-de-sante-belge-revision-du-cadre-conceptuel-et-de-la-liste-des-indicateurs>. Consulté le 30 novembre 2023.
38. Hamant O. *La troisième voie du vivant.* Paris : Odile Jacob, 2022.
39. Collart Dutilleul F, Hamant O, Negrutiu I, Riem F. *Manifeste pour une santé commune. Trois santés en interdépendance : naturelle, sociale, humaine.* Paris : Les Éditions Utopia, 2023.
40. Arneth A, Shin YJ, Leadley P, Rondinini C, Bukvareva E, Kolb M, et al. Post-2020 biodiversity targets need to embrace climate change. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2020; 117(49): 30882-91.
41. Hamant O. *Antidote au culte de la performance. La robustesse du vivant.* Paris : Gallimard, 2023.
42. Begun JW, Zimmerman B, Dooley KJ. Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems. In: Mick SS, Wyttenbach ME, éditeurs. *Advances in Health Care Organization Theory.* San Francisco, California, USA: Jossey-Bass; 2003. 253-88.
43. Marion R, Bacon J. Organizational Extinction and Complex Systems. *Emergence.* 1999; 1(4) : 71-96.
44. Nadot M, Busset F, Gross J. *L'activité infirmière: le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable.* Paris : De Boeck-Estem, 2013.
45. Nadot M, Auderset PB, Bulliard-Verville D, Busset F, Gross J, Nadot-Ghanem N. Mesure des prestations soignantes dans le système de santé. 2002. Report No. DO-RE 01008.1/CTI 5545.1 FHS. Disponible sur <https://www.heds-fr.ch/media/1183/mesures-de-prestations-soignantes-rapport-scientifique.pdf>. Consulté le 18 août 2023.
46. Bouville G, Trempe C. La mise en place du lean management. Un bouleversement de l'univers hospitalier ? In : *Performance et innovation dans les établissements de santé.* Paris : Dunod, 2015 ; 253-266.
47. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care.* 2020; 34(3): 332-42.
48. Anderlini D. The United States Health Care System is Sick: From Adam Smith to Overspecialization. *Cureus.* 2018; 10(5): e2720.
49. Bowers J, Cheyne H. Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. *BMC Health Services Research.* 2016; 16(1): 16
50. Datar A, Sood N. Impact of postpartum hospital-stay legislation on newborn length of stay, readmission, and mortality in California. *Pediatrics.* juill 2006; 118(1): 63-72.
51. Hook ML. Partnering with patients – a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing.* 2006;56(2): 133-143.
52. Lenzen M, Malik A, Li M, Fry J, Weisz H, Pichler PP, et al. The environmental footprint of health care: a global assessment. *The Lancet Planetary Health.* 2020; 4(7): e271-9.
53. Kalogirou MR, Dahlke S, Davidson S, Yamamoto S. Integrating planetary health into healthcare: A document analysis. *Health Policy.* 2021; 125(6): 799-806.

54. Yanicki SM, Kushner KE, Reutter L. Social inclusion/exclusion as matters of social (in)justice: a call for nursing action. *Nurs Inq.* 2015; 22(2): 121-133.

55. Van Reybrouck D. *Nous colonisons l'avenir.* Arles : Actes Sud, 2023.

56. Despret V, Avenirin C, Salme J. *Demeurer en mycélium.* Bruxelles : Cellule architecture, 2023.

57. Bernard L. L'esthétique du zombie où l'art du combat des infirmières contre l'Infection. *Aporia.* 2021; 13(2): 34-41.

58. Horkheimer M, Adorno TW. *La dialectique de la raison : fragments philosophiques.* Paris : Gallimard, 1974.

59. Hamant O. *Learning from Nature.* 2021. Disponible sur <https://greattransition.org/gti-forum/anthropocene-hamant>. Consulté le 20 mars 2023.

Pour contacter l'auteur:
Dan Lecocq, inf. PhD(c)
Université du Luxembourg
Faculté des sciences, de technologie et de médecine
Équipe des sciences infirmières

Campus Belval, Maison du Nombre,
6 avenue de la Fonte,
L-4364 Esch-sur-Alzette/Belval

Université libre de Bruxelles
École de santé publique
dan.lecocq@uni.lu

2

Résumé

La reconnaissance conférée aux infirmières qui exercent en secteurs des soins spécialisés au Québec est peu documentée dans les écrits. Le but de cette étude visait à explorer leurs expériences de reconnaissance vécues au quotidien, la façon dont ces expériences se répercutent sur leurs conditions d'exercices, en plus d'explorer les actions individuelles et collectives qu'elles mobilisent ou souhaitent mobiliser pour transformer le statu quo et obtenir la reconnaissance qu'elles méritent. Cette étude qualitative inductive qui s'inscrit dans la théorie critique a permis la combinaison de réflexions théoriques féministes et postmodernes. Un total de n=6 entrevues semi-dirigées ont été réalisées pour cette section d'un projet qualitatif plus large de n=21 participantes (projet central). En conclusion, cette étude indique que ces infirmières vivent différentes contraintes ayant pour effets de dégrader considérablement leurs conditions d'exercice. Elles sont conscientes de l'importance d'agir politiquement pour transformer les choses et pour prendre la place qui leur revient dans la sphère sociale, mais subissent notamment des contraintes limitant le déploiement de leurs actions.

Mots clés Québec, Étude qualitative, Infirmières praticiennes spécialisées, Analyse féministe, Reconnaissance

Reconnaissance et actions politiques des infirmières praticiennes spécialisées québécoises : une analyse féministe

MÉLIE-JADE LYNCH-BÉRARD ET PATRICK MARTIN

Introduction

Au Québec, la profession infirmière a développé des rôles spécifiques au sein des secteurs de soins spécialisés, conformément aux dispositions de la loi 90, afin d'élargir le champ d'exercice des professionnels de la santé (Gouvernement du Québec, 2002). Parmi ces rôles, on retrouve les infirmières dans les Groupes de médecine familiale (GMF), les infirmières pivots en oncologie (IPO), les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS). L'émergence de ces rôles dans le domaine infirmier découle de l'avancement des sciences biomédicales, de la pénurie de ressources humaines et des coûts associés à ces nouveaux besoins. Il est crucial de reconnaître le

rôle central des infirmières dans le développement de ces nouvelles fonctions. Par le biais de lobbies professionnels et associatifs ainsi que d'actions politiques, les infirmières ont activement contribué à l'évolution de leur profession. Par exemple, des initiatives telles que la clinique SABSA (Service à bas seuil d'accessibilité) illustrent l'impact significatif des infirmières, particulièrement les IPS, sur les politiques de santé (Dupont, 2019).

Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) est majoritairement exercé par des femmes, qui représentent 89,8 % de cette catégorie selon le portrait de l'effectif infirmier québécois de 2022-2023 (OIIQ, 2023). Ce déséquilibre de genre reflète une dynamique historique propre à la profession infirmière, où le travail du care est largement féminisé et encore marqué par des enjeux de reconnaissance du rôle professionnel. Toutefois, cette répartition ne se limite pas à une simple donnée démographique : elle s'inscrit dans un contexte de gouvernance de type entrepreneuriale qui façonne les conditions de travail et d'exercice des infirmières, y compris celles des IPS (Martin & Bouchard, 2020). Ce modèle,

centré sur la rentabilité et l'optimisation des ressources, tend à invisibiliser les exigences spécifiques du rôle infirmier, renforçant ainsi les défis de reconnaissance et d'autonomie professionnelle rencontrés par ces infirmières.

Dans cette perspective, cet article vise à examiner comment ces infirmières négocient leur reconnaissance du rôle professionnel au quotidien et quelles stratégies individuelles et collectives elles mobilisent – ou pourraient mobiliser – pour transformer leurs conditions d'exercice. En s'appuyant sur une analyse féministe critique, notre démarche met en lumière les obstacles structurels qui façonnent leur pratique, tout en explorant les formes de résistance et d'action politique qu'elles développent pour faire entendre leur voix dans un système de santé où leur rôle demeure sous-évalué.

Recension des écrits

Nous avons recensé deux études qui rapportent particulièrement bien des problèmes vécus au Québec. Dès les premières phases de l'élargissement du champ de pratique, une étude menée par D'Amour, Tremblay et Proulx (2009) a rapporté l'étendue du pouvoir et le contrôle des médecins sur la pratique spécialisée des infirmières. « Le succès de l'expansion des nouveaux rôles infirmiers semble dépendre, pour une certaine part, de la volonté des médecins de soutenir ce déploiement [...] » (D'Amour & coll., 2009, p. 302). Les résultats de cette étude démontraient une situation de dépendance significative, dans les structures des GMF, ce qui avait « pour effet de déposséder les infirmières de leur pouvoir légitime en tant que professionnelles, à savoir de déterminer la nature et l'étendue de leur pratique » (D'Amour & coll., 2009, p. 307). Cette dynamique de pouvoir asymétrique entre médecins et IPS ne se limite pas à une question organisationnelle contemporaine, mais s'inscrit dans un processus plus large d'exclusion genrée et de fermeture professionnelle, tel que l'a analysé Witz (1990, 1992). En effet, l'évolution de la pratique infirmière avancée est profondément influencée par des structures patriarcales qui tendent à limiter l'autonomie et la reconnaissance des IPS, en les maintenant dans un rôle subordonné plutôt que comme professionnelles autonomes à part entière (Lewis, 2022). Notre système de santé publique présente des disparités notables entre l'exercice de la profession infirmière et celui de la profession médicale, notamment en ce qui concerne les conditions de travail et l'accès aux ressources. Plusieurs études ont mis en évidence que les infirmières, en particulier celles occupant des rôles avancés, font face à des contraintes organisationnelles et structurelles qui peuvent limiter leur autonomie et leur capacité d'agir dans leur champ de compétences (D'Amour, Tremblay & Proulx, 2009 ; Contandriopoulos et al., 2016 ; Rioux-Dubois, 2019). Par exemple, l'intégration des IPS dans certains

milieux cliniques peut être entravée par une répartition inégale des ressources et des rôles professionnels, influençant ainsi leur niveau de participation aux décisions cliniques et leur marge de manœuvre dans la prestation des soins (McCready & Ouimet, 2018).

Une seconde étude, celle de Jean, Guerra, Contandriopoulos, Perroux, Killpatrick et Zabalegui (2019), a démontré différents types de barrières auxquelles les infirmières exerçant en secteur de soins spécialisés peuvent faire face et pouvant avoir des effets directs sur l'implantation et le déroulement de leur pratique professionnelle au quotidien. Par exemple, la compréhension erronée du rôle par les différents professionnels et la population, le manque de communication, les contraintes organisationnelles (ex : les problèmes d'espace physique) et la duplication des tâches entre les infirmières et les médecins, sont présentés comme étant des irritants pour ces infirmières. Les participantes de cette étude ont également souligné que l'ouverture et la volonté des médecins à accepter les changements ont un impact sur l'intégration des nouveaux rôles infirmiers dans la pratique. « La vision selon laquelle le médecin seul est capable de prendre soin du patient a besoin de temps pour changer » (Jean & coll., 2019, p.12). Dans un même ordre d'idées, l'étude de Rioux-Dubois (2019) souligne que le statut social et la reconnaissance du public vis-à-vis des infirmières praticiennes peuvent occasionner des émotions partagées auprès de ces dernières influençant négativement leur intégration au sein de certains milieux d'exercice. Pourtant, lorsque le rôle de l'infirmière en pratique avancée est reconnu et accepté, l'efficacité est démontrée (Brooten, Youngblut, Deosires, Singhala & Guido-Sanz, 2012).

Des chercheur-euses, théoriciennes et militantes féministes se sont intéressé-es à la reconnaissance du travail infirmier en pratique avancée, notamment celui des IPS. Elles ont mis en évidence le manque de reconnaissance des compétences cliniques et décisionnelles associées à ces rôles, ainsi que la faible valorisation des soins qu'elles prodiguent, qu'il s'agisse de l'évaluation diagnostique, de la gestion des traitements ou du suivi des patients (Surprenant, 2013 ; Martin, 2015 ; Martin & Bouchard, 2020 ; Bourgault & Hamrouni, 2016 ; Seo & Cho, 2022 ; de Moraes Freire et al., 2023). Ce déficit de reconnaissance, qui s'inscrit dans une dynamique plus large de dévalorisation du travail du care, a des répercussions directes sur les conditions d'exercice des IPS, notamment en ce qui concerne leur autonomie professionnelle et leur intégration dans les milieux cliniques. Pourtant, ces impacts restent peu documentés dans la littérature scientifique.

Dans ce contexte, le but de cette recherche qualitative était d'explorer les expériences de reconnaissance vécues au

quotidien par des infirmières québécoises exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés et la façon dont ces expériences se répercutent sur ces dernières et sur leurs conditions d'exercice. Elle cherchait également à examiner les actions politiques, individuelles et collectives, que ces infirmières déploient – ou pourraient mobiliser – pour faire valoir leurs revendications sociopolitiques et obtenir une reconnaissance accrue de leur rôle. Les actions politiques, entendues ici comme des initiatives ou des mesures visant à influencer les décisions, les politiques ou les pratiques au sein d'une organisation ou d'une société, constituent ainsi un levier central dans la lutte pour cette reconnaissance.

Méthodologie

Devis de recherche

Pour ce projet de recherche, nous avons opté pour un devis de type qualitatif inductif avec analyse thématique. Cette approche méthodologique a été privilégiée afin de mettre en évidence le point de vue des participantes, de recueillir leur vécu quotidien et d'explorer les transformations qu'elles espéraient voir se réaliser.

Du point de vue subjectif d'infirmières exerçant dans différents secteurs de soins spécialisés, les deux questions de recherche s'articulaient comme suit :

1. Quelles sont les expériences de reconnaissance vécues au quotidien et les contraintes associées?
2. Quelles sont les actions politiques individuelles et collectives mises en place ou qui pourraient être mises de l'avant pour favoriser une transformation de la pratique infirmière au sein de ces milieux afin d'aspirer à une meilleure reconnaissance du rôle professionnel?

Ces questions ont été formulées de manière à susciter une réflexion sur l'ordre social existant dans le secteur de la santé au Québec, notamment en ce qui concerne les expériences de reconnaissance des infirmières travaillant dans des secteurs de soins spécialisés, ainsi que sur les actions politiques transformatrices entreprises par ces infirmières pour perturber cet ordre établi. Inspirés par l'analyse postmoderniste développée par Boisvert (1997), nous avons adopté une approche méthodologique permettant d'appréhender la complexité des phénomènes sociopolitiques dans lesquels évoluent les participantes. Cette perspective postmoderne, mobilisée comme un instrument théorique, favorise l'égalité des interprétations en encourageant la pluralité des points de vue et la « multiplication des prises de parole » (Boisvert,

1997, p.85), offrant ainsi une lecture inclusive des expériences des infirmières. Dans cette optique, l'analyse féministe s'est imposée comme un cadre essentiel pour approfondir la compréhension des rapports de pouvoir et des dynamiques de genre qui influencent la reconnaissance du rôle professionnel des infirmières. Le féminisme et le postmodernisme, bien que distincts, se rejoignent dans leur remise en question des structures normatives et dans leur volonté de déconstruire les discours dominants. Ainsi, tout au long de cette recherche, nous avons articulé ces deux approches afin de proposer une analyse critique des conditions d'exercice des infirmières en secteur de soins spécialisés. L'analyse féministe a permis de mettre en lumière les inégalités systémiques et les rapports de domination qui façonnent leur réalité professionnelle, tandis que l'approche postmoderne a ouvert un espace de réflexion sur la diversité des expériences et des stratégies d'action politique mobilisées par ces infirmières. En intégrant ces perspectives de manière complémentaire, cette étude s'inscrit dans une démarche critique visant à rendre visibles les enjeux de reconnaissance et d'action politique dans le domaine infirmier, tout en explorant les avenues possibles pour une transformation des pratiques et des structures de pouvoir en place.

Recrutement et échantillonnage

Ce mémoire s'inscrivait dans le cadre d'un projet plus vaste et en cours au moment de sa rédaction. Deux techniques d'échantillonnage ont été utilisées : tout d'abord, un échantillonnage intentionnel a été employé pour recruter les participantes du projet central. Ensuite, un échantillonnage par réseaux a été mis en place, permettant aux participantes d'utiliser leur propre réseau pour identifier des personnes potentielles. Cette approche nous a aidés à élargir notre bassin de recrutement pour le projet de recherche.

Les critères généraux de sélection des participantes se détaillaient comme suit : être une infirmière qui exerce dans un secteur de soins spécialisés ; être à l'emploi depuis au moins six mois ; s'exprimer en français et être politiquement engagée. Dans le cadre de l'étude principale, il était prévu d'interroger des infirmières occupant divers rôles en soins spécialisés, notamment des infirmières cliniciennes spécialisées (ICS), des infirmières pivots en oncologie (IPO), des infirmières cliniciennes spécialisées en prévention et contrôle des infections (ICS-PCI), ainsi que des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans différents domaines (soins aux adultes, néonatalogie, santé mentale, soins pédiatriques et soins de première ligne), pour un total de 15 entrevues. Pour ce mémoire

en particulier, l'échantillon s'est concentré uniquement sur les IPS, avec la réalisation de 6 entrevues supplémentaires, portant ainsi le nombre total de participantes à 21 dans le cadre de l'étude principale. Cette décision a été prise en fonction des besoins d'hétérogénéité de l'échantillon du projet central, qui nécessitait une diversité de participants pour obtenir une représentation large et variée. Cependant, pour notre sous-échantillon, nous avons opté pour une approche plus homogène en nous concentrant uniquement sur les IPS. Cela permettait de recueillir des données plus spécifiques et approfondies sur ce groupe particulier, tout en complétant l'échantillon hétérogène du projet central. En d'autres termes, l'hétérogénéité du projet plus large nécessitait une variété de perspectives, tandis que notre sous-échantillon homogène visait à approfondir la compréhension des expériences propres aux IPS.

Afin de valider l'engagement politique des infirmières participantes, la question suivante leur était posée : « vous considérez-vous comme étant engagée politiquement, comme exerçant, dans une certaine continuité, une action politique ou sociale quelconque en vue de changer les choses au sein de votre milieu de travail ou ailleurs, mais en lien avec la profession infirmière et les conditions d'exercice de la profession infirmière ? » (Martin, 2015, p. 151). Cette question était posée dès le premier contact avec la participante afin de déterminer si elle répondait aux critères d'inclusion. La transcription des bandes audio s'est effectuée au fur et à mesure des entrevues, de manière à ce que la redondance des concepts soit rapidement détectée et utilisée comme un indicateur de saturation.

Collecte des données

Un questionnaire de données sociodémographiques, un journal de bord ainsi que des entrevues semi-structurées individuelles ont été utilisés pour mener la collecte de données de ce projet de recherche. À l'aide d'un formulaire unique prédéfini, certaines données sociodémographiques ont été recueillies au début des entrevues, ce qui nous a permis de connaître le profil de chaque participante. Le journal de bord, aussi connu sous le vocable de journal de terrain, a été utilisé pour noter, jour après jour, l'évolution de la recherche. Cet outil permettait de laisser une trace des différentes réflexions et idées qui ont marqué le cheminement du processus de recherche. Des entrevues semi-structurées individuelles ont été réalisées en suivant un guide élaboré par le chercheur principal du projet central. Le contenu de ce guide d'entretien découlait des questions de recherche. Les entrevues étaient d'une durée comprise entre 60 et 90 minutes.

Analyse des données

Pour l'analyse des données, nous nous sommes référés à Paillé et Mucchielli (2016) pour effectuer une analyse thématique.

Cette dernière nous a permis de « repérer ce qui est essentiel dans un matériau donné et [de] lui assigner une succession de courtes expressions que l'on appelle des thèmes, tout en tenant compte de leurs fréquences d'apparition et des liens qui existent entre eux » (Martin, 2015, p.162). Sachant que le corpus à analyser était volumineux, nous avons priorisé une démarche de thématization séquencée à travers de laquelle nous avons sélectionné la première entrevue réalisée par l'étudiante-chercheuse afin de « constituer une fiche thématique » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.241) nous permettant de l'utiliser pour thématiser les autres transcriptions. Au fil des analyses, certains thèmes ont été ajoutés à cette liste. De cette façon, nous pouvions graduellement regrouper certains thèmes en plus de noter leur récurrence à travers le corpus de données. La posture critique et postmoderniste adoptée dans ce projet s'est révélée essentielle pour appréhender la complexité des dynamiques de reconnaissance et d'action politique au sein de la profession infirmière. Plus spécifiquement, l'analyse postmoderniste développée par Boisvert (1997) a été mobilisée après l'analyse thématique des données afin d'intégrer une dimension réflexive et théorique à l'interprétation des résultats. Cette approche a structuré et interprété les données selon son cadre théorique, en mettant l'accent sur la déconstruction des discours et la mise en lumière des relations de pouvoir implicites. Elle a ainsi permis d'examiner les expériences vécues des participantes sous l'angle des rapports de pouvoir, des structures normatives et des représentations sociales qui influencent leur pratique. En ce sens, elle a favorisé une lecture plurielle et nuancée des témoignages, mettant en évidence les tensions, les résistances et les stratégies d'adaptation développées par ces infirmières dans leur quête de reconnaissance et d'autonomie professionnelle.

Rigueur scientifique

Des consultations régulières ont eu lieu entre l'étudiante-chercheuse du sous-projet et le chercheur du projet principal afin de coordonner les efforts, d'échanger des connaissances et de valider les résultats, contribuant ainsi à la cohérence et à la rigueur du sous-projet. L'analyse, fondée sur les écrits postmodernes de Boisvert (1997), a structuré et interprété les données selon son cadre théorique, mettant en lumière les dynamiques de pouvoir et permettant ainsi de renforcer la validité et la crédibilité des résultats. Un examen approfondi des transcriptions des entrevues a été réalisé afin d'assurer la précision et la fiabilité des interprétations, en s'appuyant sur une analyse détaillée, une triangulation des données et une validation par les participantes. De plus, tout au long de l'étude, une réflexion critique sur les biais potentiels a été menée. Afin de garantir la transparence et la fiabilité de l'analyse, les réflexions des chercheur-es sur leurs propres croyances et comportements ont été consignées dans un journal de bord, permettant ainsi d'assurer une posture réflexive rigoureuse.

Résultats

À partir de la méthode d'analyse thématique développée par Paillé et Mucchielli (2016), nous avons articulé deux axes thématiques majeurs, soit un axe pour la reconnaissance et un second pour l'action politique. Les résultats et la discussion qui suivent sont issus de l'analyse des témoignages d'IPS, permettant ainsi de mieux comprendre leur positionnement en matière de reconnaissance professionnelle et d'engagement politique. Les noms utilisés dans la présente section sont anonymisés pour garantir la confidentialité des participantes.

Axe 1 - Reconnaissance

Dans cette étude, nous avons exploré les expériences de reconnaissance des IPS. Les participantes ont mis en avant l'importance de la compréhension de leur rôle professionnel, ainsi que la reconnaissance des patients, sociale et salariale. Ces thèmes permettent de saisir le concept de reconnaissance dans sa globalité et apportent des perspectives nouvelles et pertinentes à la littérature en sciences infirmières.

1.1 - Compréhension du rôle

Les participantes ont indiqué que la reconnaissance qu'elles reçoivent de la part des patients et des collègues est fortement liée à la compréhension de leur rôle professionnel. Selon une participante, les patients vont souvent dire :

« Ce n'est pas une infirmière que je veux, c'est un médecin [...] Même si tu leur dis : oui, mais l'infirmière praticienne peut régler ça ce genre de problème là : non, c'est un médecin que je veux [...] ». (Ève, 016-IPS)

Les commentaires dérogatoires de ce type, émis par les patients, démontrent une méconnaissance de l'étendue des services que l'IPS peut offrir. C'est souvent lorsque des gens vont côtoyer des IPS qu'ils vont reconnaître leur plus-value. En ce sens, une participante souligne :

« Je pense que tout le monde qui travaille avec une IPS reconnaît le travail de l'IPS et reconnaît son rôle et son apport [...]. C'est souvent ceux qui ne nous côtoient pas qui ont une opinion erronée ou différente et qui ne reconnaissent pas la valeur ajoutée [...] ». (Anna, 020-IPS)

Nous sommes donc à même de constater qu'une éducation sur le rôle de l'IPS, autant pour ce qui est des patients que pour ce qui est des collègues, peut avoir un impact important sur la reconnaissance du rôle professionnel de ces infirmières au quotidien.

1.2 - De la part des patients

Sans hésitation et à l'unanimité, toutes les participantes nous ont dit qu'elles recevaient de la reconnaissance au quotidien,

mais plus spécifiquement, de la part des patients. En fait, les patients sont particulièrement reconnaissants du temps que les IPS prennent avec eux lors de leurs diverses consultations, que ce soit à l'hôpital, en clinique ou au CLSC.

1.3 - Sociale

Nous avons questionné les différentes participantes relativement à une autre forme de reconnaissance, la reconnaissance sociale. Celle-ci se représentait sous le thème de la reconnaissance au quotidien, sur la prise en compte de l'existence même de la profession d'IPS au sein de notre société et sur les différentes contraintes que les IPS peuvent vivre.

1.3.1 - Au quotidien

Au quotidien, la comparaison entre la profession médicale et infirmière peut avoir un effet sur la reconnaissance du rôle professionnel conférée aux IPS. Les IPS et les médecins ont un rôle complémentaire à jouer dans une équipe de soin et l'idée de remplacer une IPS par un médecin démontre qu'il y a une incompréhension et une non-reconnaissance de leur valeur professionnelle. Selon une participante :

« [...] une IPS ne remplace pas un médecin. Pis un médecin ne remplace pas une IPS. Dans les deux cas, t'es perdant. Je pense que c'est l'équilibre qu'il faut avoir. (Anna, 020-IPS)

Une participante pousse même l'idée un peu plus loin en spécifiant que la reconnaissance de leur travail, autant chez les infirmières soignantes que les IPS, peut être favorisée si ces dernières se battent en vue d'être reconnues à leur juste valeur.

« La grosse bataille ? [...] je pense que c'est d'être reconnu à sa juste valeur – autant pour les infirmières que pour les IPS – et encore de dire et de prendre notre rôle pour aller encore plus loin [...]. Le système a besoin des infirmières [et] les médecins ont besoin des infirmières plus qu'ils le pensent. [...] c'est vraiment de pousser encore plus notre rôle et de le faire reconnaître à sa juste valeur. (Sarah, 019-IPS)

1.3.2 - De l'existence de la profession

Sachant que la profession d'IPS au Québec est relativement récente dans notre système de santé, ayant été introduite en 2006, certaines participantes ont l'impression que cette profession n'est pas encore pleinement reconnue. Une participante souligne que ...

« C'est un sentiment d'injustice parce qu'ailleurs au Canada, aux États-Unis, en Nouvelle- Zélande, au Royaume-Uni, [...], les infirmières praticiennes peuvent utiliser 100% de leur champ d'expertise et de compétence. Nous, au Québec, avec la plus longue

formation en Amérique du Nord, on a [le] champ de pratique le plus restreint. (Claire, 021-IPS)

Ainsi, plusieurs participantes estiment que l'élargissement de leur champ de pratique, en adéquation avec leur solide formation, permettrait une reconnaissance plus complète des IPS comme une profession à part entière. Cette reconnaissance ne se limiterait pas à leur simple existence légale, mais inclurait une appréciation complète de leurs compétences et de leur rôle dans le système de santé.

1.3.3 - Contraintes

À différents niveaux, les participantes partagent des situations qui peuvent être perçues comme des éléments de contrainte/ domination au quotidien, que ce soit avec les médecins, les infirmières soignantes ou à plus grande échelle, au niveau sociétal. Tout d'abord, en ce qui a trait aux médecins, Julie (017-IPS) propose une explication sur le fait qu'une hiérarchie perdure entre ces derniers et les IPS : « parce qu'ils ont l'impression [que les IPS ne sont pas] autant compétent[es] qu'eux...il y a un petit peu une hiérarchie ». Quelques participantes définissent ce type d'interactions entre les médecins et les IPS comme étant associées à une dynamique de compétition. De plus, relativement à la facturation des médecins vis-à-vis du travail des IPS, certaines participantes soulignent leur malaise face à des pratiques de facturation qui ne reflètent pas la nature réelle du travail réalisé. Julie (017-IPS) donne un exemple concret d'une situation qu'elle a vécue dans le milieu où elle exerce :

Parfois ce que je voyais c'était [...] un patient que moi, j'ai vu, pis un médecin qui passe dans le corridor pis que là, [...] elle écrit une note dans le dossier parce qu'elle dit qu'elle, elle l'a vu...pis c'est moi qui a tout fait la consultation [...] eux autres, peuvent se permettre de facturer et ça, ça me dérange beaucoup. (Julie, 017-IPS)

Les participantes IPS soulignent également que les infirmières soignantes sont davantage amenées à les surveiller et à les tester au quotidien, choses qu'elles ne feraient pas nécessairement avec des résidents en médecine ou des médecins. Enfin, une participante évoque la reconnaissance sociale de la profession médicale comparativement à la profession infirmière, cette dernière étant souvent décrite comme une vocation (Claire, 021-IPS). Ce terme serait fréquemment utilisé, à tort, pour définir les infirmières et, selon Claire (021-IPS), c'est un moyen efficace de les manipuler au détriment de leurs conditions de travail difficiles.

Moi, ça me pue au nez quand on me dit ça là. Ce n'est pas une vocation, [...] c'est une profession [...] je ne suis pas la sœur qui avait fait le vœu de chasteté et qui vit à l'hôpital [...]. [J'exerce] une profession et j'ai été

formée. Je suis une professionnelle de la santé. Je suis compétente et j'ai une vie aussi à l'extérieur du travail et dans lequel je m'épanouis et c'est important [...] Les femmes ont une propension à la culpabilité qui est impressionnante là. [...] Ils viennent manipuler avec ça... « Mais, vos patients ! » et tout ça, [...] ça marche au bout. (Claire, 021-IPS)

1.4 - Salariale

L'opinion des participantes sur la reconnaissance salariale des IPS au Québec est unanime. Que ce soit d'un point de vue genré ou selon leurs responsabilités, elles sont d'avis que la rémunération de la profession devrait être sujette à changement dans un avenir rapproché dans le but de mieux les reconnaître professionnellement. D'après une participante :

Si on le voit large, moi, le salaire, c'est sûr que c'est un irritant [...] le fait qu'en Ontario et aux États-Unis les [IPS] gagnent un salaire qui est vraiment plus grand que le mien...pour le nombre d'années d'études, le nombre de responsabilités, je me serais attendue [à mieux]... Les termes du salaire, moi, ça me purge et ça m'enrage aussi [...]. Je trouve que ça fait partie de la reconnaissance aussi du service rendu [...]. C'est un manque de reconnaissance en soi. (Claire, 021-IPS)

Axe 2 - Actions politiques

Dans le cadre de cette étude, plusieurs participantes ont partagé les actions politiques qu'elles utilisent ou qui pourraient être davantage utilisées au quotidien. D'après elles, ces idées peuvent avoir un impact considérable sur leur pratique professionnelle et sur leur reconnaissance. Elles reconnaissent toutefois que l'action politique manque au sein de la profession infirmière et offrent certaines réflexions à cet effet. Dans cette section, nous abordons ces différents éléments.

2.1 - Des stratégies infirmières mobilisatrices

2.1.1 - Prendre sa place

La grande majorité des participantes ont souligné que la prise de parole au sein des différentes tribunes, médiatiques ou autres, serait une manière efficace d'accroître la (re) connaissance du rôle de l'IPS.

Pas juste au niveau de la politique mais dans les médias, au niveau culturel. Si les IPS sont représentées dans des séries de télé...alors c'est sûr qu'on va savoir ce qu'elles font. (Anna, 020-IPS)

Bien que l'importance de la prise de parole soit sans équivoque pour les participantes, Claire (021-IPS) souligne un élément

important pour faire comprendre aux infirmières et aux IPS qu'elles doivent prendre la place qu'elles méritent au sein de la place publique :

Actuellement, chez les infirmières, il y a un mutisme, un silence radio, pas parce qu'elles ne prennent pas les avenues...il y a un silence. [...] Il est temps qu'on prenne et qu'on occupe la voix qu'on a actuellement – parce qu'on ne l'a pas, on a perdu la voix, on est muettes. (Claire, 021-IPS)

2.1.2 - Jeu d'influence

Plusieurs participantes affirment la nécessité d'agir en société en ayant de l'influence, une influence dite politique.

C'est d'avoir de l'influence, pis d'apporter sa perspective – parce que parfois c'est moins concret qu'une action, je ne suis pas allée piquer quelque part, je n'ai pas été manifester de façon concrète [...] – mais je pense que [c'est] plus d'utiliser mon pouvoir d'influence [au quotidien]. (Anna, 020-IPS)

Il s'agit donc d'une approche d'influence politique au quotidien, privilégiant cette stratégie aux actions de protestation traditionnelles. Cette méthode consiste à mobiliser ses idées de manière stratégique, en exerçant son influence tant sur le plan personnel que professionnel. Elle implique de s'engager dans des comités ou des groupes décisionnels afin d'apporter et d'élargir la perspective infirmière. Par ailleurs, Claire (021-IPS) souligne que ce type d'influence requiert créativité et innovation, des compétences qui ne sont pas traditionnellement associées aux formations infirmières mais qui sont essentielles pour faire évoluer les pratiques. Selon ces participantes, influencer efficacement nécessite d'identifier les moments opportuns pour agir, mobiliser les individus et faire reconnaître la valeur de la profession infirmière.

2.2 - Les infirmières s'expliquent le manque de mobilisation

Interrogées au sujet des différentes actions politiques pouvant être entreprises, les participantes partagent les raisons qui expliquent leur manque de mobilisation. Trois raisons principales émergent de leur propos, à savoir le genre, le manque de formation et le temps requis.

2.2.1 - Les femmes et le politique

Les participantes sont d'avis que le genre joue un rôle crucial en ce qui a trait au déploiement de l'action politique chez les IPS. Une participante décrit cet aspect de façon éloquente :

C'est épouvantable, ce que je vais dire, mais les femmes on n'a pas été socialisées par l'histoire, on n'a pas été socialisées comme petites filles par nos mères, nos grands-mères, nos arrière-grands-mères, on n'a pas été

socialisées à parler fort parce qu'une femme qui parle fort, elle est dérangeante, elle est hystérique et tout [...]. On a été socialisées à être douces et gentilles... (Claire, 021-IPS)

2.2.2 - Lacunes au sein de la formation

Certaines participantes estiment que les IPS, et les infirmières soignantes en général, peuvent, d'une certaine manière, être considérées comme des victimes de leur propre profession. Par exemple, une participante souligne que la formation générale des infirmières ne permet pas l'apprentissage des enjeux politiques propres au secteur de la santé.

Je pense qu'à titre d'infirmière, on est un peu [...] coupables de notre propre profession. Parce que notre profession nous apprend à être dans le caring, dans l'altruisme, tu sais, la discussion, les méthodes de communication, mais on ne nous apprend pas à être critiques. On nous apprend à 'carer' [...] (Ève, 016-IPS)

Comme l'ont souligné plusieurs participantes, les enjeux sociopolitiques sont appris sur le terrain et les infirmières ne sont que peu préparées à cela durant leur cursus académique. Selon elles, une meilleure connaissance de ce qu'est le politique pourrait permettre aux infirmières d'exercer plus de pouvoir.

2.2.3 - Temps à investir

Pour terminer, la majorité des participantes estiment que les IPS sont considérées comme des professionnelles qui donnent beaucoup de leur temps au travail. Elles ne prennent que très peu de temps d'arrêt, puisqu'elles doivent constamment se mettre à jour au niveau clinique et administratif dans un domaine en perpétuel changement.

Ça fait que, je pense qu'il faut être un éternel optimiste. Sinon il y a tellement de moments justement où les gens ne réalisent pas ce que tu fais. Oui beaucoup d'ingratitude parce que les gens souvent ne réalisent pas combien on est fatigué et que j'ai passé chaque soir, cette semaine, en réunion. Et chaque soir à écrire un message pour inviter toute ma gang...et ils ne le réalisent pas, tu sais? (Claire, 021-IPS)

Selon cette participante, le manque de reconnaissance du temps investi, tant sur le plan personnel que professionnel, pour agir politiquement peut décourager les IPS à poursuivre ou à entreprendre des actions.

Discussion

Les résultats de ce projet de recherche nous amènent à réfléchir sur les différentes contraintes inhérentes à la pratique professionnelle des IPS. Effectivement, à travers les idées de différentes théoriciennes, chercheuses et militantes féministes,

il est possible d'examiner l'origine de ces contraintes, et même, de trouver des pistes de solutions pour contrer le statu quo. Ainsi, la discussion sera structurée en fonction des deux axes de la présentation des résultats.

Axe 1 - La reconnaissance d'un point de vue féministe

Dans cette étude, nous avons exploré les expériences de Le monde contemporain actuel dans lequel évoluent les IPS peut affecter leurs conditions de travail à différents niveaux. Historiquement, il faut prendre en compte que le capitalisme et le patriarcat ont joué un rôle important dans l'histoire des femmes, tout particulièrement sur l'oppression de ces dernières. En effet, « la culture politique du capitalisme d'État a fait du travailleur masculin appartenant à la majorité ethnique le citoyen moyen idéal » (Fraser, 2011, p.171). Ainsi, les femmes ont toujours été mises à l'arrière-plan. D'après la féministe Silvia Federici (2019), le capitalisme s'appuie sur le patriarcat pour gérer le travail des femmes et s'en servir pour ses objectifs. Le travail des femmes a donc toujours été « exploité à l'avantage des capitalistes sur le marché, les femmes assurant [ainsi] la production et l'éducation de la future main-d'œuvre au service du capital [...] » (Hamrouni, 2015, p.83). Plus précisément, la profession infirmière s'est intégrée au sein de rapports sociaux où une profession tire son essence de qualités spécifiques relevant de la nature, du sexe et du genre. Ce monde, majoritairement féminin, évolue ainsi dans le patriarcat, dans les champs d'(im)possibilités permis et imposés par celui-ci. En ce sens, cela justifie et légitime certains pouvoirs capitalistes concernant l'oppression de ces femmes qui amène ainsi à la dévalorisation de leurs carrières (Falquet, 2009 ; Surprenant, 2015). D'après Bourgault et Perreault (2015), les infirmières sont des professionnelles qui « œuvrent [quotidiennement] dans l'ombre, victimes à la fois du patriarcat, du capitalisme et d'une mondialisation qui ne fait que renforcer des inégalités » (p.12).

Une dynamique de rapports sociaux de genre persiste au sein de la profession infirmière, car les médecins, les administrateurs et l'État tentent de garder l'autorité légale de décider de leur rôle professionnel (Thifault, 2012 ; McCready & Ouimet, 2018). Effectivement, depuis que le système de santé québécois à une gouvernance de type entrepreneuriale, « l'objectif [de ce dernier], qui était auparavant de répondre aux besoins de santé, [a été] perverti par une conception industrielle de l'efficacité qui s'accorde avec une perception de la santé appréhendée telle une marchandise comme les autres susceptible de générer des profits » (Martin, 2015, p. 406). Ainsi, « l'infirmière et la personne soignée comptent pour bien peu de choses dans un tel système, qui n'a de considération que pour son profil

chiffré et virtuel s'accordant avec l'agenda ministériel » (Martin, 2015, p. 406). Au Québec, le modèle dominant de prestations de soins a toujours privilégié la pratique médicale en solo, contrairement à d'autres provinces telles que l'Ontario (Rioux-Dubois, 2019). Par conséquent, « les infirmières ont souvent un champ d'action restreint et le partage des ressources et des responsabilités entre les cliniciens (médecins, infirmières et autres) est limité » (Contandriopoulos & coll., 2016, p.685). McCready & Ouimet (2018) donnent l'exemple des IPS en soins de première ligne au sein des Groupes de médecine familiale (GMF) au Québec. Ces dernières « ne peuvent faire bénéficier les patients de l'ampleur de leurs compétences parce que l'expansion de leur champ d'exercice constitue une menace à la rémunération de leur médecin partenaire et au financement du GMF » (p.37). En priorisant la pratique médicale au détriment de l'exercice infirmier, la reconnaissance du rôle professionnel est difficilement atteignable. Cette situation contraignante a d'ailleurs été dénoncée par les participantes de cette étude, puisqu'elle se répercute directement sur leur pratique et leur autonomie professionnelle.

« Même bardées de diplômes, les professionnelles de la santé – en majorité des femmes – ont encore aujourd'hui des conditions de travail instables, une rémunération peu élevée et une autonomie incontestablement relative » (Thifault, 2012, p.10). Effectivement, ces professions traditionnellement occupées par les femmes et supposément liées, par nature, à la fibre empathique féminine sont largement, encore aujourd'hui, sous-rémunérées (Désilets-Courteau, 2019 ; Federici, 2019). La non-reconnaissance salariale est d'ailleurs un irritant majeur pour les IPS, car elles se considèrent sous-payées pour les importantes responsabilités qui leur incombent (Morris, 2020).

Il est essentiel de reconnaître qu'il existe ou pourrait exister diverses formes de reconnaissance pour le personnel infirmier. Cependant, la reconnaissance accordée aux infirmières, y compris aux IPS, repose souvent sur des notions sentimentales, ancrées dans des contextes religieux ou militaires, qui contiennent des formes institutionnalisées d'assujettissement et d'oppression (Toman, 2012). La notion de vocation a été soulevée par une participante, mais il est essentiel d'examiner plus en profondeur les concepts d'« anges gardiens » et de « héros », largement employés pendant la pandémie de COVID-19 pour justifier les attentes de sacrifice personnel imposées aux soignants, en particulier aux infirmières (Martin, Pham, Lynch-Bérard & Staket-Doucet, 2020). Ces termes représentent une forme de reconnaissance que l'on pourrait qualifier d'idéologique, selon les écrits d'Axel Honneth (2008). Cette reconnaissance est donc problématique et nocive,

car elle glorifie l'annihilation de l'individu ainsi désigné. Ces représentations de la reconnaissance des IPS fondées sur le sacrifice et la vocation sont particulièrement problématiques, car elles contribuent à invisibiliser leur expertise clinique et à les maintenir dans un rôle d'accompagnement plutôt que dans une profession pleinement autonome (Leake, 2018). Comme l'indique cet auteur, cette perception idéologique empêche une reconnaissance basée sur leurs compétences réelles et renforce leur subordination dans la hiérarchie des soins, rendant ainsi plus difficile la pleine reconnaissance de leur rôle décisionnel. Dans le cas des IPS, cette problématique se manifeste également à travers la manière dont leur rôle est perçu et intégré dans le système de santé. Bien qu'elles disposent d'une expertise avancée et jouent un rôle clé dans l'amélioration de l'accès aux soins, leur reconnaissance demeure souvent limitée à une extension du travail médical ou à un rôle d'appoint aux médecins, plutôt qu'à une profession autonome avec ses propres compétences et responsabilités. Par exemple, les IPS en soins de première ligne ou en spécialité doivent continuellement justifier leur place dans le réseau et faire face à des barrières systémiques qui entravent leur plein déploiement, notamment en matière d'autonomie clinique et de facturation. Ainsi, bien que les décideurs et le public reconnaissent les infirmières et les IPS, cette reconnaissance repose souvent sur des bases inadéquates. Pour promouvoir une forme de reconnaissance plus juste et respectueuse, il est nécessaire de dépasser la simple demande de reconnaissance et de revendiquer des formes de reconnaissance qui ne s'appuient pas sur des structures d'oppression et de violence institutionnalisées. En valorisant les IPS pour leurs compétences professionnelles, leur expertise clinique et leur contribution essentielle à l'offre de soins, plutôt que pour leur capacité de sacrifice, on peut instaurer une reconnaissance plus équitable et respectueuse de leur dignité professionnelle.

Axe 2 - L'action politique d'un point de vue féministe

D'après Bourgault et Hamrouni (2016), « les femmes qui aspirent à une carrière doivent surmonter l'intériorisation de leur infériorité, résultat de leur subordination et de leur exclusion historique des lieux de pouvoir et de leur socialisation genrée » (p.4). Ce constat s'applique particulièrement aux IPS, qui, bien qu'ayant une formation avancée et un rôle clinique étendu, doivent encore se battre pour être pleinement reconnues dans le système de santé. Elles évoluent dans une structure patriarcale où les leviers du pouvoir décisionnel et administratif restent largement dominés par les médecins et les instances gouvernementales (Xu, 2024). Le capitalisme et le patriarcat s'entremêlent pour fragiliser toute tentative d'émancipation professionnelle des IPS, notamment lorsqu'elles revendiquent

un meilleur accès à l'autonomie clinique et un rôle décisionnel accru dans l'organisation des soins (Surprenant, 2015). Comme le souligne Federici (2019), « les femmes ne sont presque jamais représentées comme des figures capables de combattre pour elles-mêmes » (p.33). Cette dynamique explique en partie pourquoi les IPS, malgré leur expertise, doivent sans cesse justifier leur contribution au système de santé et surmonter des barrières institutionnelles pour exercer pleinement leur profession.

Dans ce contexte, il est difficile pour les IPS d'adopter une posture politique et de mener des actions collectives en faveur de leur profession. En effet, certains acteurs du système de santé considèrent leurs revendications comme atypiques ou incompatibles avec le cadre médical traditionnel (Alhassan, Kumi-Kyereme, Wombeogo & Fuseini, 2019). Pourtant, cette perception est erronée. En réalité, « le care d'aujourd'hui occupe un espace résolument politique » (Bourgault & Perreault, 2015, p.11). Le rôle des IPS, en tant que professionnelles engagées dans l'amélioration de l'accès aux soins, s'inscrit pleinement dans cette dynamique politique, ce qui souligne l'importance de leur reconnaissance et de leur participation aux décisions stratégiques du réseau de la santé.

Vivre dans une société où le pouvoir n'est plus associé au patriarcat permettrait aux femmes, y compris les IPS, de moins « douter de leur potentiel » (Désilets-Courteau, 2019, p.31). Il a été démontré que la confiance est un facteur clé dans l'exercice du pouvoir. Or, les IPS, comme beaucoup de professionnelles, font face à une socialisation genrée qui les pousse à sous-estimer leur intelligence, leur expertise et leur légitimité à occuper des postes influents dans l'organisation des soins (Désilets-Courteau, 2019). Cette sous-estimation n'est pas un problème intrinsèque aux femmes, mais résulte de structures sociales qui perpétuent leur marginalisation dans les sphères décisionnelles. Ainsi, il ne s'agit pas « d'enlever aux hommes pour donner aux femmes », mais bien de tendre vers un modèle plus équitable où les IPS auraient leur juste place dans la gouvernance des soins et la définition des politiques de santé (Désilets-Courteau, 2019, p.36). Ce manque de confiance n'est pas seulement une conséquence individuelle de la socialisation genrée, mais aussi le résultat d'une exclusion institutionnalisée qui limite l'accès des IPS aux espaces décisionnels. En effet, la sous-représentation des IPS dans les sphères politiques et décisionnelles s'inscrit dans une dynamique historique de fermeture professionnelle, telle qu'analysée par Witz (1992). Cette fermeture repose sur des stratégies mises en place par des groupes professionnels dominants, notamment les médecins, afin de contrôler l'accès aux espaces décisionnels et de préserver leur monopole sur la gouvernance du système

de santé. Ces mécanismes d'exclusion, souvent justifiés par des exigences réglementaires ou des distinctions de rôles cliniques, ont historiquement limité la reconnaissance et l'influence des IPS dans les instances politiques et administratives. Comme le souligne Lewis (2022), cette exclusion ne repose pas sur une absence de compétences, mais bien sur un processus où l'expertise infirmière est systématiquement marginalisée au profit de la profession médicale, et ce, malgré les preuves de son efficacité et de sa contribution aux soins de première ligne, par exemple.

Nos résultats montrent que les IPS prennent de plus en plus conscience de l'importance de se positionner comme un corps professionnel distinct, de se solidariser et de revendiquer une reconnaissance pleine et entière de leur rôle. Cependant, elles soulignent unanimement que leurs contraintes temporelles représentent un frein majeur à leur engagement politique. Comme l'analyse Leake (2018), la charge de travail imposée aux IPS, combinée aux exigences de formation continue et de gestion clinique, limite leur capacité à s'investir pleinement dans des revendications collectives et à influencer les décisions politiques et organisationnelles les concernant. En effet, la formation clinique représente une obligation annuelle qui s'ajoute à l'apprentissage autodidacte requis pour la gestion des dossiers patients, restreignant ainsi leur engagement militant. De plus, à ces responsabilités professionnelles s'ajoutent souvent une charge familiale disproportionnée et une charge mentale élevée, comme l'ont analysé Châteauneuf (2019), Federici (2019) et Bourgault & Hamrouni (2016). Historiquement, l'assujettissement des femmes aux tâches domestiques et à l'éducation des enfants a servi de justification à leur exclusion des sphères publiques et décisionnelles. Ce n'est que récemment que les femmes au Québec ont pu accéder aux instances gouvernementales et à l'éducation supérieure (LaRochelle, 2010). Dans ce contexte, l'idée de « prendre sa place » prend un sens particulier pour les IPS, qui doivent non seulement revendiquer leur légitimité professionnelle, mais aussi surmonter des barrières structurelles pour faire entendre leur voix et transformer durablement le système de santé.

Conclusion

Réfléchir sur le phénomène de la reconnaissance en sciences infirmières nécessite un changement sociétal d'une grande envergure, un changement pouvant avoir des répercussions sur les modèles de pensée, les institutions ainsi que les mentalités individuelles et collectives qui doivent se répercuter jusque dans les modes d'éducation, de socialisation et de professionnalisation du personnel infirmier. Le positionnement épistémologique guidant ce projet de recherche nous a permis d'interpeller différentes réflexions féministes et

postmodernistes ayant permis de donner de la richesse à nos résultats. Nous souhaitons ardemment que les résultats de cette étude, comme il est question à travers ce projet de recherche, permettent une prise de conscience et une problématisation élargie à l'égard de la reconnaissance conférée aux IPS et le caractère impératif de la mise en place d'action politique, individuelle ou collective, en vue de transformer le réel infirmier.

Remerciements

L'auteure principale aimerait remercier son directeur de recherche, Patrick Martin inf. Ph.D, pour ses suggestions lors de la rédaction de ce manuscrit, la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval, la Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) pour le financement du projet central, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), ainsi que le programme MES-Universités pour leur soutien financier.

Références

- Alhassan, A., Kumi-Kyereme, A., Wombeogo, M., & Fuseini, A. G. (2019). Nurse participation in political activities: Level and practices of registered nurses in Tamale, Ghana. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 24(2).
- Boisvert, Y. (1997). *L'analyse postmoderniste : Une nouvelle grille d'analyse sociopolitique*. Montréal : Harmattan.
- Bourgault, S., & Hamrouni, N. (2016). Travail, genre et justice sociale. *Politique et Sociétés*, 35(2-3), 3-13.
- Bourgault, S. & Perreault, J. (2015). *Le care : éthique féministe actuelle*. Éditions du Remue-ménage.
- Brooten, D., Youngblut, J. M., Deosires, W., Singhala, K., & Guido-Sanz, F. (2012). Global considerations in measuring effectiveness of advanced practice nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 906-912.
- Châteauneuf, A. (2019). *Si nous sommes égaux, je suis la fée des dents*. Montréal, Québec : Poètes de Brousse.
- 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.
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.

- de Morais Freire, B. S., Waldomiro Nogueira, L., Caetano de Souza, J. R., Brandt Paiva, M. A., de Freitas, L., Lopes Chaves, É. D. C., ... & Pinto Costa, I. C. (2023). Advanced nursing practice in the brazilian context: a scoping review. *Journal of Nursing UFPE/ Revista de Enfermagem UFPE*, 17(1), 507-525.
- Désilets-Courteau, N. (2019). 11 brefs essais pour l'égalité des sexes ; horizons féministes émergents. Montréal : Éditions Somme toute.
- Dupont, M. (2019). L'impact des initiatives infirmières sur les politiques de santé : L'exemple de SABSA. *Revue de Politique de Santé*, 29(3), 201-214.
- Falquet, J. (2009). La règle du jeu : Repenser la co-formation des rapports sociaux de sexe, de classe et de « race » dans la mondialisation néolibérale. Dans E. Dorlin (Ed.). *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination* (p.71-90). Paris : Presses universitaires de France.
- Federici, S. (2019). *Le capitalisme patriarcal*. Paris : La Fabrique éditions.
- Fraser, N. (2011). Féminisme, capitalisme et ruses de l'histoire. *Cahiers du genre*, 50, 165-192.
- Gouvernement du Québec. (2002). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi n° 90-2002, chapitre 33). Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Hamrouni, N. (2015). Vers une politique du care : entendre le care comme « service rendu ». Dans S. Bourgault & J. Perreault (Ed.). *Le care: éthique féministe actuelle* (p.71-93). Montréal : Éditions du Remue-ménage.
- Honneth, A. (2008). *La société du mépris : vers une nouvelle théorie critique*. Paris : La Découverte.
- Jean, E., Guerra, S. S., Contandriopoulos, D., Perroux, M., Kilpatrick, K., & Zabalegui, A. (2019). Context and implementation of advanced nursing practice in two countries: An explorative qualitative comparative study. *Nursing Outlook*, 67(4), 365 – 380. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.02.002>
- LaRochelle, M-É. (2010). Pour en finir avec le mythe d'un Québec matriarcal (RANT). Dans M. Prairie & C. Roy-Blais (Eds.), *Je suis féministe, le livre* (p.34-36). Montréal : Éditions du Remue-ménage.
- Leake, P.J. (2018). *Nursing, Power, and Gender in Interprofessional Collaboration*. Unpublished masters thesis, Leslie Dan Faculty of Pharmacy, University of Toronto. Disponible sur <https://utoronto.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/8182b06c-fe6d-4990-868a-956ba0396aa8/content>
- Lewis, R. (2022). The evolution of advanced nursing practice: Gender, identity, power and patriarchy. *Nursing Inquiry*, 29(4), e12489.
- Martin, P. (2015). *Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer l'exercice de la profession infirmière en centre hospitalier : une étude exploratoire auprès d'infirmières québécoises politiquement engagées*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- 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.
- Martin, P., Pham, P-P., Lynch-Bérard, M-J., & Staket-Doucet, N. (2020). De la reconnaissance dans les soins. *Le Devoir*. Récupéré de : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/577628/de-la-reconnaissance-dans-les-soins>
- McCready, G., & Ouimet, L. C. (2018). *Speak Medicine Inc.!: Enjeux éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec*. *Aporia*, 10(1), 34-45.
- Morris, T. (2020). No inspiration to go higher. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 26(1), 3.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2023). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2022-2023* [PDF]. Récupéré de: <https://www.oiiq.org/documents/20147/26586017/oiiq-rapport-statistique-23-VF.pdf/6f710838-6645-eef2-90f6-152b5400d34a>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd.* Montréal : Armand Colin.
- Rioux-Dubois, A. (2019). *L'intégration et la négociation du rôle de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires en contexte de collaboration interprofessionnelle*. Thèse de doctorat, Université d'Ottawa, Canada. Disponible sur : <https://ruor.uottawa.ca/items/b62efdbd-eef9-4088-abb0-60ef71c32f6e>
- Seo, H., & Cho, O. H. (2022). Factors affecting job satisfaction of advanced practice registered nurses in Korea. *Nursing Practice Today*, 9(4), 326-336.
- Surprenant, M-E. (2013). L'apport des femmes à la grève étudiante ne passera pas sous silence !. Dans M-E. Surprenant & M. Bigaouette (Ed.). *Les femmes changent la lutte : au coeur du printemps québécois* (p.15-25). Montréal : Éditions du Remue-ménage.
- Surprenant, M-E. (2015). *Manuel de résistance féministe*. Montréal : Éditions du Remue-ménage.

Thifault, M. C. (Ed.). (2012). L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada. Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.

Toman, C. (2012). Au front et à l'avant-garde des progrès de la médecine : le rôle essentiel des infirmières militaires canadiennes, 1939-1945. Dans M-C. Thifault (Ed.), L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada (p.157-181). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.

Witz, A. (1990). Patriarchy and Professions: The Gendered Politics of Occupational Closure. *Sociology*, 24(4), 675–690.

Witz, A. (1992). *Professions and patriarchy*. Routledge.

Xu, D. (2024). La masculinité dans la Chine d'aujourd'hui. *Cités*, 97(1), 67-78.

Pour contacter les auteurs:

Mélie-Jade Lynch-Bérard, inf. M.Sc., étudiante au doctorat
Faculté des sciences infirmières,
Université Laval
1050 avenue de la Médecine
Québec, G1V 0A6
melie-jade.lynch-berard.1@ulaval.ca

Patrick Martin, inf. Ph.D.
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
Faculté des sciences infirmières
Université Laval

APORIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL

ABOUT APORIA

Aporia is a peer-reviewed, bilingual, and open access journal dedicated to scholarly debates in nursing and the health sciences. The journal is committed to a pluralistic view of science and to the blurring of boundaries between disciplines. Therefore the editorial team welcomes critical manuscripts in the fields of nursing and the health sciences that include critique of dominant discourses related to the evidence-based movement, best practice guidelines, knowledge translation, managerialism, nursing and health care practices, ethics, politics of health care and policies, technology, bioethics, biopedagogies, biopolitics etc. Research results in nursing and health-related disciplines are also welcome. Aporia encourages the use of various epistemologies, philosophies, theoretical perspectives and research methodologies. In the critical analyses of health-related matters, Aporia embraces a wide range of epistemologies, philosophies and theories including cultural studies, feminism(s), neo-marxism, post-structuralism, postcolonialism and queer studies.

While the public already pays to fund health research, it is inconceivable that the public should be required to pay yet again, to gain access to research results. Subscription to scientific journals can sometimes reach up to thousands of dollars that are paid directly from public funds. Aporia inscribes itself along the margins of this practice by allowing for a definite fracture to take place within the current trends in the field of scientific publication, which constitute the dominant model for the diffusion of knowledge. Aporia is, therefore, a free online journal. Following the footsteps of Deleuze and Guattari, the Aporia team firmly believes that freedom is only made possible in the margin; an autonomous space that is controversial, sometimes polemical and without censorship that does not sacrifice scientific and academic rigor. As such, the objective is to encourage access to scientific knowledge and to give the reader an opportunity to actively position himself/herself regarding the written words in order to give a plurality of meanings to the text.

Therefore, Aporia adheres to the following principles:

- Freedom of speech
- Critical pedagogy
- Recognition of local knowledge(s)
- Critique of dominant discourses.

SUBMISSION

Research manuscripts, theoretical and philosophical pieces must not exceed 7,000 words. Commentaries and responses related to published articles must not exceed 3,000 words. Manuscripts and the cover letter should be submitted to aporia@uottawa.ca.

Cover Letter

Papers are accepted for publication in the Journal on the understanding that the content has not been published or submitted for publication elsewhere. This must be stated in the cover letter, which should be sent with the manuscript. The cover letter must contain an acknowledgement that all authors have contributed significantly, and that all authors are in agreement with the content of the manuscript. When applicable, it should be stated that the protocol for the research project has been approved by a suitable and relevant Research Ethics Board. All investigations involving human subjects must include a statement that subjects provided informed consent and anonymity should be preserved. Authors should declare any financial support or relationships that may cause conflicts of interest.

Authorship Credit

Each author should have participated sufficiently in the work. Authorship credit should be based on substantial contributions to:

- conception and design, or analysis and interpretation of data;
- drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and
- final approval of the version to be published.

Preparation of the Manuscript

Research manuscripts, theoretical and philosophical pieces must not exceed 7,000 words. Commentaries and responses related to published articles must not exceed 3,000 words. Submissions should be prepared in word-processing software using Arial 11. The text file should be double-spaced and set with top, bottom and side margins of 2.5cm or 1 inch.

For more information, please visit Aporia online at <http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/index.jsp?lang=>.

