

APO^RRIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL



Sommaire/Content

2026: Vol.18, Numéro 1/Vol.18, Issue 1

Commentaire/Commentary

7 15 28 40 53 66 81

ARTICLE 1
CASSIVI ET AL.
ALLYSHIP WITH INDIGENOUS PEOPLES AS A PRACTICE OF RESISTANCE IN
NURSING: UNITING OUR VOICES

ARTICLE 2
PARADIS-GAGNÉ, DOMINGUE ET ARGOD
ANALYSE ÉVOLUTIVE DU CONCEPT DE JUDICIARISATION DE LA SANTÉ MENTALE
: PERTINENCE AU REGARD DES SOINS INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES

ARTICLE 3
MONTAIGNE
L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ AU PRISME DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

ARTICLE 4
MURAY, CHARTRAND & PERRON
OFFICIAL LANGUAGE MINORITY COMMUNITIES IN ONTARIO: (IN)VISIBILITY OF
NURSING CARE

ARTICLE 5
DUFOUR ET AL.
ANALYSE CRITIQUE DU "TEMPS SUPPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE" CHEZ LES IN-
FIRMIÈRES DU QUÉBEC : LORSQUE LES PRATIQUES DE RÉSISTANCE SE HEUR-
TENT AUX INJUSTICES ÉPISTÉMIQUES

ARTICLE 6
DE MOISSAC ET AL.
SERVICES DE SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE : COMMENT MIEUX RÉPONDRE AUX
BESOINS DES JEUNES DES MILIEUX POSTSECONDAIRES FRANCOPHONES EN
SITUATION MINORITAIRE

ARTICLE 7
AVANTHAY STRUS & POLOMENO
PARENTING CONSENSUAL NON-MONOGAMISTS' PERCEPTIONS OF THE CON-
CILIATION OF THEIR PARENTING AND SEXUAL LIFESTYLE ROLES

Commentary

What Will It Take?

JESS DILLARD-WRIGHT & DANISHA JENKINS

Introduction

This commentary emerges in response to immigration enforcement in the United States, a system scaffolded atop “tough on crime” ideologies birthed during the Clinton administration and security theatre ushered in by George W. Bush in the aftermath of 9/11, policies reinforced by Barack Obama and Joe Biden and escalated under Donald Trump to the live-streamed ICE raids and executions we see today. These policies should not surprise us, given this genealogy. Any astonishment, dismay, bewilderment at contemporary United States state violence is resolutely ahistorical. The United States is unquestionably built on dispossession, genocide, and chattel slavery. Under these circumstances, the violent realities of life under the Trump administration are not novel or unexpected. Instead, in the aftermath of

the summary execution of nurse Alex Pretti on January 24 2026, on the heels of the cold-blooded murder of mother Renee Good, the outpouring of public outrage reveals the dawning realization that the violence is coming for us, too. By “us” here we mean those of us who have enjoyed relative social, political, economic, and cultural safety who could easily disregard the 237 documented deaths in ICE custody over the last decade (Walker, 2026). The only thing new about the violence is its proximity to groups of people previously insulated from it.

In the face of this rising authoritarianism, professional nursing organizations (“nursing”), inclusive of the American Nurses Association who asserts the “power of nursing” in an effort to lead the discipline, fail us. Rather than engaging substantively in repairing and resisting the harms of a state hellbent on control, power, and subjection, nursing refuses to grapple with its own participation in carceral logics, surveillance, and punishment (Jenkins, Wolfe & Dillard-Wright, 2024; Perron, Fluet & Holmes, 2005). Instead, nursing organizations pop up in the aftermath of spectacles of violence, offering

tepid thoughts and prayers, assuming a tone of generalized indignation and grief (American Nurses Association. Jan 24 2026). Such narratives frame nursing as politically neutral, oblivious to and detached from ever-expanding forms of state violence, and inherently benevolent — an intrinsically political frame (For more on the politics of nursing neutrality, see Dillard-Wright, 2025a, 2025b; Jenkins, 2025). Under this hegemony, nursing ethics are operationalized in palatable and polite ways that obscure, normalize, and individualize violence rather than expose its structural dimensions. For us, this neutralizes any moral authority professionalized nursing might claim. Claims to moral authority as the most trusted profession are further undermined when nursing weighs in only when one of their own is harmed, as in the case of Alex Pretti.

But Alex Pretti was not shot because he was a nurse. To imagine so is a cooptation, an act of posthumous exploitation. His murder is not some specific affront to the nursing profession—and it is a demoralizing abjection that nursing can only see or understand their stake in the political landscape when violence steals a nurse’s life, a white male nurse. As if somehow Renee Good - a queer woman- was less worthy of our consideration. Or Keith Porter, Jr., a Black man, killed in December by an off-duty ICE officer (Levin, Jan 17 2026). Or the people who have died in ICE custody – at least 32 in 2025 and already 8 in January of 2026 (Hellmann, Jan 28 2026).

Alex Pretti, we imagine, was a nurse for the same reasons he was out protecting his neighbors during ICE’s occupation: “Alex,” according to his parents, “wanted to make a difference in this world” (Jim Scitutto, Jan 24 2026). In this desire, Alex is not alone. Nurses have shown up and shown out across space and time to effect social change in robust and overt ways. In thinking about nurse resistors, the life and memory of Maria Stromberger, an Austrian nurse who served as head nurse at Auschwitz under Nazi German control, comes to mind. While occupying an official role within a genocidal institution, Stromberger smuggled food, medications, and weapons into the camp, materially supporting resistance and survival in a system organized for death (Benedict, 2006). Unlike Stromberger, however, many nurses were content to participate in the Nazi regime euthanasia programs, using their nurse training and authority to murder more than 10,000 people in the name of medicine, efficiency, and obedience (Benedict & Kuhla, 1999).

Stromberger was not the only one. Across histories of occupation and empire, nurses have made divergent choices under violent regimes, beyond and despite the institution of nursing. During the Algerian liberation struggle, nurses working with the Front de Libération Nationale and its armed wing, the

Armée de Libération Nationale, operated clandestine clinics, falsified records, hid combatants in hospitals, and rerouted medical supplies away from French colonial forces (Ferial Naili, Oct 31 2024). In the United States, Black Panther Party community health nurses organized free clinics, resisted the police, and exposed medical neglect as a deliberate form of state violence (Branch, 1973; Gatrall, Oct 29 2020). They did not seek professional recognition from the state or the nursing profession – and in fact often faced considerable resistance from both. Instead, nurses worked in and alongside their communities to build parallel systems for survival, recognizing that no institution would support them, let alone save them.

As the US two-steps in an embarrassingly predictable way toward the drum beat of white supremacist fascism, the nursing profession and especially disciplinary “leaders” give little indication that there will be an organized response beyond complicity and falling into lockstep. At the very best, we get flaccid calls for investigations and better federal officer training, and other vapid reformist solutions that ultimately serve to sanitize and stabilize violent systems (Mbembe, 2019). Such strategies present significant benefits, as they permit the profession and its ostensive leaders to retain proximity to state power while shielding themselves from critiques and revolts against it.

We – the authors – are no longer interested in mourning nursing’s complacency and complicity under fascism. Nor can we afford to waste time convincing, cajoling, coddling to bring nursing along. Staccato expressions of grief substitute for action, offered after the fact and without meaningful next steps, keep us all activated without changing anything at all. The reality is that we are at a crossroads. Nurses must decide, individually and collectively, whether or not we will intervene in the conditions killing our patients, our neighbors and, increasingly, one another.

As communities come together to decide what survival looks like, professionalized nursing can pitch in or they can do what they usually do. Nurses, we think, will show up. In answer to how nurses might respond and support the communities of which they are part, we invoke questions. These are real questions being asked between neighbors, in Signal chats, and among community groups: Do you know how to help someone who has been pepper sprayed? Do you have ear protection that can withstand a long-range acoustic device? Can you care for a globe rupture caused by a rubber bullet? Do you have a tourniquet? How will you defend yourself if it comes to that? Do you have a respirator that filters tear gas? Do you have a communication system that can’t be monitored and will function in the absence of functioning internet, cell towers,

and electrical grid? Do you have an exit plan in case a situation escalates? Do you have enough food, water, and medication for you and your family? For how long? Are you eating well? Are you getting your body as fast and strong as possible? What strategies and tools are available to you to protect your spaces? Can you build a barricade in under 15 minutes? Are you part of a buddy system, and do you and fellow nurses check in with one another at regular intervals? While not the standard fare of institutionalized nursing, these questions reflect the realities of the threats faced by communities subject to increasing authoritarian violence – questions salient long before the current escalation of ICE violence for many in our communities. What no one needs is another nursing PowerPoint, one more flaccid letter, any more doubledealing lobby efforts designed to prop up nursing without regard to the maelstrom beyond the profession's bounds.

Unlike our usual approach, we will not conclude with reassurance. How can we possibly reassure anyone as we witness endless videos of terrified people surrounded by federal officers with rifles? As we watch yet another angle of the execution of nurse Alex Pretti? No more handwringing. No more strongly worded letters. Time for action. Time for accountability. Time for change. Time for community and resistance. Time for nursing to cash in some of its precious social capital in service to finally walking the talk we so relentlessly blather on about. There is no ethical neutrality, our innocence is not credible.

References

American Nurses Association (Jan 24 2026). Statement from the American Nurses Association regarding the death of registered nurse Alex Pretti. Available from: <https://www.nursingworld.org/news/news-releases/2025/statement-from-the-american-nurses-association-regarding-the-death-of-registered-nurse-alex-pretti/>

Benedict, S. (2006). Maria Stromberger: a nurse in the resistance in Auschwitz. *Nursing History Review*, 14, 189–202. <https://doi.org/10.1891/1062-8061.14.189>

Benedict, S. & Kuhla, J. (1999). Nurses' participation in the euthanasia programs of Nazi Germany. *Western Journal of Nursing Research*, 21(2), 246–263. <https://doi.org/10.1177/01939459922043749>

Branch, M. (1973). A black American nurse visits the People's Republic of China. *Nursing Forum*, 12(4), 402–411. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1973.tb00552.x>

Dillard-Wright, J. (2025a). The Perils of a Politics of Neutrality. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 7(2), 1-3. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.191>

Dillard-Wright, J. (2025b). Our Silence Cannot Protect Us: Finding an Ethics of Nursing Outloud. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 7(2), 39–47. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.195>

Ferial Naili, L. (Oct 31 2024). The Indomitable Spirit of Algerian Women in the Revolution for Independence. Available from: <https://al24news.dz/en/the-indomitable-spirit-of-algerian-women-in-the-revolution-for-independence/>

Gatrall, CE. (Oct 29 2020). Marie Branch and the Power of Nursing. *Nursing Clio*. Available from: <https://nursingclio.org/2020/10/29/marie-branch-and-the-power-of-nursing/>

Hellmann, M. (Jan 28 2026). Eight people have died in dealings with ICE so far in 2026. These are their stories. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/us-news/2026/jan/28/deaths-ice-2026->

Jenkins, D. (2025). Death-Making: Nursing Neutrality, Biopower, and Institutional Complicity. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 7(2), 6–17. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.177>

Jenkins, D., Wolfe, I. & Dillard-Wright, J. (2024). Nurses as Disciplinary Agents of the State: Ethical Practice and Mandatory Reporting in the United States. *Advances in Nursing Science*, 47(4), 335–348. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000503>

Jim Sciutto [@jimsciutto]. (2026, Jan 24). Statement from the family of Alex Pretti, Michael and Susan Pretti: "We are heartbroken but also very angry. Alex was a kindhearted soul who cared deeply for his family and friends and also the American veterans whom he cared for as an ICU nurse at the Minneapolis VA [Post]. X. <https://x.com/jimsciutto/status/2015224423444619355>

Levin, S. (Jan 17 2026). Family of man killed by off-duty ICE agent in LA demands charges: 'The ache will never go away.' *The Guardian*. Available from: <https://www.theguardian.com/us-news/2026/jan/16/keith-porter-jr-ice-killing>

Mbembe, A. (2019). *Necropolitics*. Durham, NC: Duke University Press.

Perron, A., Fluet, C. & Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 536–544. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03432.x>

Walker, J. (2026, January 20). Deaths in ICE custody reach 20-year high amid Trump enforcement push. Axios. <https://www.axios.com/2026/01/20/ice-custody-deaths-trump-surge>

To contact the authors:

Jess Dillard-Wright PhD, RN

UMass Amherst

jdillardwrig@umass.edu

Danisha Jenkins PhD, RN

San Diego State University

1

Abstract

Allyship is increasingly recognized as a key concept in nursing to support the rights, resurgence, and healing of Indigenous Peoples. It is presented as a practice of resistance that challenges settler colonialism, disrupts the status quo, and fosters social justice. Yet, allyship remains difficult to define and operationalize in practice. This discussion paper contributes to the critical reflection on allyship by exploring its meaning and practice in nursing. The paper draws on a dialogue among two Indigenous graduate nursing students, one white graduate student, and one white professor, who share their experiences and perspectives through a series of questions on the definition of allyship, identity, engagement, and challenges. Grounded in lived and professional experiences and the literature, the paper positions allyship as both an individual and systemic commitment. It calls on nurses to actively resist Indigenous-specific racism and take part in the collective effort toward Indigenous self-determination, healing, and justice.

Keywords allyship, colonialism, equity, Indigenous Peoples, racism

Allyship with Indigenous Peoples as a Practice of Resistance in Nursing: Uniting Our Voices

AMÉLIE BLANCHET GARNEAU, JOANNIE GILL, CHRISTINE CASSIVI & SHENDA COLLIN

Introduction

Fostering social justice in nursing involves recognizing and addressing the structural inequities that impact health, including those faced by Indigenous Peoples due to ongoing systemic racism and structural violence rooted in settler colonialism and its historical legacies (Steinman, 2020). Settler colonialism, entrenched in the eradication of Indigenous Peoples, permeates all aspects of colonial societies, notably seen in settler-colonial states like Canada, the USA, Australia, Aotearoa New Zealand, and South Africa. This system normalizes structures that obscure Indigenous histories and futures, exemplified in Canada through

institutions like residential schools, the Indian Act, reserves, and child welfare programs, enforcing the erasure of Indigenous Peoples. Consequently, Indigenous communities are pressured to assimilate into settler society to uphold settler-colonial dominance over their territories (McGuire-Adams, 2021).

While settler colonialism endures as a structural force rather than an isolated event, its perpetuation relies on everyday individuals and institutional actors (Barker, 2010). Many Canadians struggle to acknowledge their complicity in settler colonialism, as Kawatra (2018) highlights, blurring the lines between historical legacies and present-day realities. Settler colonialism is deeply intertwined with broader power dynamics, demanding an examination of how capitalism, patriarchy, white supremacy, and state power intersect to sustain colonial hierarchies (Coulthard, 2014; McGuire-Adams, 2021).

McGuire-Adams (2021) argues that if people are needed to uphold settler-colonialism, then people are also essential in

dismantling it. As a key player in the healthcare system, the nursing profession has a profound responsibility to confront and rectify these historical wrongs. However, the profession, like many others, is not immune to the pervasive influence of settler colonialism and Indigenous-specific systemic racism. Confronting this racism requires acknowledgment and active resistance. At the forefront of this resistance lies the concept of allyship – a practice deeply rooted in critical inquiry, solidarity, and action. In the context of nursing, allyship emerges as a powerful tool for effecting tangible change and advocating for justice.

This discussion paper aims to illuminate the transformative potential of allyship with Indigenous Peoples as a powerful practice of resistance within the nursing profession and one way to reconnect with nursing's social justice mandate. Focusing on the unique perspectives of two Indigenous nursing graduate students, a white settler nursing graduate student and a white settler nursing professor, we aim to challenge the narratives surrounding allyship and identify the ways in which nurses can leverage their privileged positions in the fight for Indigenous health equity. By sharing our experiences and engaging with the literature on allyship, we hope to contribute to the ongoing dialogue surrounding the decolonization of healthcare and the cultivation of an environment where Indigenous voices are not only heard but actively integrated into the fabric of nursing.

Our social location as an ontological lens

As Foster-Boucher (2022), we consider that each of our social positions offers an ontological lens through which we view our personal histories in the context of power, privilege, and oppression. In this text, we consider that our ontological position frames both our understanding of the concept of allyship and the way we put it into action.

Joannie identifies as a Pekuakamiushkueu (an Ilnu from the Pekuakamiulnuatsh First Nation of Mashteuiatsh) and Québécoise. As someone who looks white, Joannie has benefited from white privilege and has not directly experienced the interpersonal racism many other Indigenous Peoples have. This whiteness has caused a dichotomy for her in terms of her own racial identity as she has witnessed many forms of racism that weren't aimed directly at her, and experienced organizational and systemic racism through her loved ones. She is committed to challenging colonial barriers and continuing to learn about racism, white privilege, and unconscious biases. Her experiences with Indigenous Peoples worldwide have led her to reflect on her power to bring about change to promote the resurgence, cultural reappropriation

and valorization of Indigenous knowledge and skills, and to strive for equity for Indigenous Peoples. She founded an Indigenous-led business, which aims to foster the emergence of Allies for Indigenous causes in health and education in the Canadian Francophonie. Joannie has been a nurse for 11 years. She has been pursuing a Master's degree in nursing since 2023.

Shenda is a Pekuakamishkueu (an Ilnu woman from the Pekuakamiulnuatsh First Nation of Mashteuiatsh) and a Québécoise. She grew up in her native community until the age of 13, then traveled across the province of Québec. Shenda has been a registered nurse for 6 years and is currently pursuing a Master's degree in the Nurse Practitioner program. In her personal, academic and professional life, she strives to serve as a role model for young people in the community in reclaiming the autonomy, free will and leadership skills their ancestors were deprived of. Her family didn't have the chance to pass on to her the language and cultural practices of their community, due to the many consequences of the settlers' attempts at assimilation. This led to a complex process of cultural reappropriation, which she has been navigating for several years now. Little by little, she is attempting to deconstruct the colonialist practices that are deeply entrenched in the healthcare system and health professions education and to help destigmatize Indigenous Peoples in the interests of more equitable, culturally-safe healthcare provision.

Christine identifies as a white cisgender settler of French and Italian Ancestry. She lives and works on the unceded and stolen lands of the Kanienkehahka nation. Christine has been a registered nurse for 6 years and is currently pursuing a PhD in the same discipline. As part of her studies, Christine is committed to adopting a decolonial and anti-racist approach in the development of equitable and safe care practices for Indigenous Peoples living with mental health disorders. She is determined to use her privilege as a white settler and scholar to stay within the spaces of discomfort, dismantle white supremacy and challenge white ontology and epistemology to support Indigenous self-determination, resurgence, self-governance and health equity.

Amélie is a white cisgender abled settler of French Ancestry. She lives and works on the unceded and stolen lands of the Kanienkehahka nation and has been benefiting from the colonial system for her whole life. Amélie has been a registered nurse for 20 years and is currently an associate professor at the Faculty of Nursing at Université de Montréal. She is committed to using her privileges as a white settler and as a university professor to dismantle white supremacy

and structural racism in healthcare, and support Indigenous resurgence, self-governance, and health equity. She uses anti-racist approaches and cultural safety to advance clinical and organizational practices and policies toward promoting Indigenous health equity and social justice.

For Amélie and Christine identifying as settlers is critical as it challenges their presence on Indigenous lands. It also intentionally disrupts their comfort, forcing them to confront ongoing colonial power dynamics. As Flowers (2015) states, identifying as a settler involves assuming responsibilities to decenter whiteness, dismantle privilege, and foster anti-racist relationships with Indigenous Peoples, communities, and territories (Flowers, 2015). As Chrona (2022, p. 6) highlights, each of us acknowledges that “I am just one voice; I speak from my context and based on what I have learned.” Our perspectives are grounded in our lived experience as Indigenous and white settler individuals.

Situating the allyship narratives in healthcare

The issues raised by narratives surrounding allyship with Indigenous Peoples manifest larger discourses in nursing and healthcare grounded in equality and individualism, which are central tenets of liberal individualism (Blanchet Garneau et al., 2018).

While individualist perspectives emphasize personal responsibility and autonomy in health decision-making, they often neglect the impact of socioeconomic factors, institutional biases, and historical injustices on health outcomes (Government of British Columbia, 2021; Manitowabi & Maar, 2018). While many nurses and healthcare providers engage with allyship actions in good faith, efforts can sometimes remain at the level of symbolic gestures that fall short of addressing the systemic injustices experienced by Indigenous communities (Bourke, 2020; Nixon, 2019). These actions may unintentionally reflect tokenism or performative allyship, particularly when historical and structural contexts are not fully acknowledged, undermining the understanding of Indigenous marginalization, culturally safe environments, and the imperative for systemic change. Similarly, equality discourse, while advocating for equal treatment and access to healthcare services, may fail to address the unique needs and circumstances of Indigenous individuals and communities, leading to a one-size-fits-all approach that overlooks diverse cultural, social, and economic realities.

Shenda : “We must not fall into the trap of recreating a ‘one-size-fits-all’ approach for Indigenous Peoples. For example, there should be a distinction between the approach towards me and that towards Joannie

because even though we are both Indigenous, we do not have the same background, the same impacts from intergenerational traumas, the same family traditions, and we are likely not at the same stage in our cultural reclamation process”.

Selective solidarity also represents a challenge, with allyship often reactive and short-lived rather than sustained and proactive. These patterns can sideline the agency of Indigenous Peoples and unintentionally reinforce paternalistic dynamics, shaped not only by individual intent but also by broader systemic conditions.

Shenda : “This paternalistic attitude can easily hinder the often fragile trust relationship between nurses, the healthcare system in general, and Indigenous Peoples, preventing the expression and incorporation of practices, knowledge, traditions, values, languages unique to each individual”.

In response to these critiques and considering the multifaceted nature of allyship, we advance that allyship with Indigenous Peoples in nursing involves challenging individualistic approaches and fostering solidarity to confront settler colonialism. In addition, overcoming setbacks and embracing discomfort are vital aspects of navigating the challenges inherent in allyship.

Allyship and the pitfalls of a fixed allied identity: resisting individualism in nursing

The term “ally” has faced criticism when associated with ally identity, as it can lead to stagnation and disconnect from meaningful action (Anderson & Accomando, 2016; Bourke, 2020). Instead of viewing allyship as a fixed identity, we consider it a process and practice of resistance. Identifying as an ally may falsely imply achieving a static status that discourages ongoing inquiry and reassessment. The common self-identification “I’m an ally” can also reproduce unequal power dynamics, particularly when those with unearned privilege dominate spaces intended to center marginalized voices (Foucault, 1991).

Joannie: “It’s not about seeking recognition as an ally, but nurturing one’s own sensitivity to the marginalized person’s needs to foster a sense of security, so that the person can be who they are, according to their own worldview and understanding of health”.

Moreover, the ally identity conforms to societal norms, reflecting the prevailing standards. White settler allies hold multiple privileges, giving them the ability to decide when and how to demonstrate their allyship (Bourke, 2020).

Christine: “For me, being able to engage in allyship is in itself a privilege. It’s the privilege of being able to connect or disconnect from the issues you’re fighting for, like taking off your allyship mask at the end of the day”.

To avoid the pitfalls of a fixed ally identity, we suggest focusing on recognizing the practices related to the allyship process. Those practices fostering authentic allyship include a commitment to unlearning biases, and to challenging established norms. The practice of allyship is both an individual and systemic endeavour (Bourke, 2020; Gibson, 2014). In nursing, unlearning biases, for example, refers not only to one’s cultural background, role, and limitations in the allyship journey but also to engage in an historically informed nursing practice (Filice et al., 2020). Hence, situating ourselves in the practice of allyship means bringing our own ancestors to the table, but also the history of our profession.

Joannie: “It is important to recognize that the institution or clinic where one works is on Indigenous ancestral territories. Providing care to an Indigenous individual is not just about caring for one person; it’s about caring for an entire community, for a Nation”.

Allyship involves dismantling systemic barriers to Indigenous healthcare access and equity. Nurses can resist institutionalized racism and discrimination within healthcare systems by advocating for policies and practices that address the social determinants of health affecting Indigenous communities.

Joannie: “For example, in Northern Quebec, the practice of removing Indigenous women from their communities at 35-36 weeks of pregnancy is thought to be a well-meaning practice, but it actually causes significant psychological, physical, cultural, and financial stress for the mother to leave her community”.

Engaging in the Process of Allyship: Moving Beyond Rhetoric to Unsettling Action

Allyship is not a passive stance but an active and ongoing process. “Rather than celebrating the ally identity, individual allies need to take concrete steps to ensure that their allyship is rooted in action.” (Bourke, 2020).

Building solidarity : Being together in a place of bravery

Building solidarity is one vehicle through which action can be embodied in allyship. Recognizing the significance of relationships within Indigenous knowledge systems underscores that genuine engagement in relationships is essential to allyship with Indigenous Peoples (Foster-Boucher, 2022). Thus, we suggest that the ongoing commitment to engage, learn, and recommit must be embedded in solidarity

with Indigenous Peoples and settlers. Allyship requires the courage to engage in reciprocal relationships that stand against racism, acknowledging the importance of enduring connections in fostering positive change.

Joannie: “This solidarity entails acknowledging and respecting the pace of cultural reappropriation progress, while also offering support in reclaiming Indigenous Peoples’ inherent capacities, including self-determination, leadership, and autonomy”.

Allyship falls short when it perpetuates the division between “us” and “them,” reinforcing the concept of “othering” within discourse. Thus, a transition toward solidarity in allyship, recognizing it as a collective effort to dismantle colonial structures and systemic discrimination, becomes imperative (Kluttz, 2020). This shift mirrors the Indigenous understanding of relationships as a state of togetherness (Foster-Boucher, 2022). As Freire (2008) stresses, the work of allyship has to be with the oppressed, not for or on anyone’s behalf.

Shenda: “Sometimes, certain individuals try to help us... in their own way. They think for us, believing they know better what’s good for us than we do ourselves, which can harm us. Being in solidarity means advancing towards a shared cause, leveraging our privileges for the benefit of the group.”

Bourke (2020) stresses the need for genuine relationships, built on trust over time. Public alignment of settlers with Indigenous Peoples demonstrates a willingness to leverage privilege for justice. However, the peril of the white savior trap lies in its tendency to shift focus onto the liberator rather than the oppressed, as noted by Freire (2008). True liberation necessitates collaboration, solidarity, and collective action. However, seeking to liberate the oppressed on their behalf perpetuates further oppression, highlighting the need for solidarity and shared action instead of liberation solely from dominant groups. McGuire-Adams (2021) emphasizes the necessity of reciprocal relationships with Indigenous communities for effective anti-racist allyship, echoing the importance of trust, time, and mutual listening highlighted (Hyett et al., 2018) and the need for Indigenous recognition of allyship (Kluttz, 2020).

Shenda: I want to emphasize the importance of including Indigenous Peoples in processes of change and decolonization rather than proceeding and seeking input afterward. For instance, I recently participated in the revision of a cultural safety program within an organization, and no Indigenous individuals were included in the program development process.

Unsettling settler colonialism in nursing

Allyship with Indigenous Peoples goes beyond mere support

and extends to active participation in dismantling oppressive structures and actively supporting their rights (Anderson & Accomando, 2016; McGuire-Adams, 2021). It is a series of intentional, transformative actions aimed at dismantling systemic injustices and fostering equitable healthcare for Indigenous Peoples. Allyship requires actively working towards transforming healthcare practices to ensure Indigenous communities have agency and control over their health outcomes.

Shenda: "Allyship involves dismantling barriers, enabling Indigenous Peoples to reconstruct themselves more effectively. The journey of Indigenous cultural reappropriation necessitates this process of deconstruction."

We need to adopt a deliberate strategy to reject complacency and avoid superficial acts of performative allyship. Performative allyship arises from a disconnect between one's commitment and actions, where actions lack practical benefit for Indigenous Peoples and are motivated primarily by the desire for recognition and praise from an audience (Blair, 2021). Allyship demands a refusal to accept the status quo, pushing for radical change to address the historical injustices and disparities faced by Indigenous Peoples in healthcare (McGuire-Adams, 2021; Steinman, 2020).

Joannie : It is necessary to take a stand to deconstruct actions or words that may harm Indigenous Peoples. Regardless of the time, place, or who your interlocutor is, we must ensure that these discriminatory and unjust actions and words are unacceptable in all circumstances, and that you strongly advocate for our causes (thus making them yours). In doing so, you dismantle something important each time, and remain consistent with your ongoing allyship process.

Foster-Boucher (2022) stresses the critical importance of unsettling in allyship. The aim of unsettling is to disrupt settler narratives, ownership, and practices through a disruptive method of action (McGuire-Adams, 2021). According to Steinman (2020), unsettling is an ongoing internal journey involving the constant process of unlearning and relearning, confronting one's identity within territories stolen from Indigenous Peoples while simultaneously embracing Indigenous-led decolonial and resurgence initiatives.

Christine: Doctoral studies really opened the door for me to adopt a critical stance toward my individual and professional identity and how this translates into my nursing practice. By engaging in an unsettling dialogue on the colonial history of my country and my

profession, and by questioning my positionality, I can embed my actions in an allyship standpoint..

Allyship involves a commitment to recognizing and rectifying the historical and systemic power differentials that have marginalized Indigenous communities within the healthcare sector. As McGuire-Adams (2021, p. 767): "Given that settler colonialism is present in a myriad of institutions and in individual behaviours, there are limitless possibilities to disrupt the status quo."

Amélie : "By recognizing the historical injustices inflicted upon Indigenous communities, nurses resist the erasure of Indigenous knowledge, cultures, and identities within healthcare settings. This acknowledgment serves as a form of resistance against the perpetuation of colonial narratives that marginalize Indigenous Peoples and their experiences in healthcare."

Navigating the Challenges of Allyship: Learning from Setbacks and Embracing Discomfort

Allyship is not without its challenges; acknowledging and addressing these challenges is essential for growth and transformative actions. Allyship involves a commitment to continuous learning, acknowledging that discomfort and errors are inherent in the process of challenging ingrained biases and systemic issues (Steinman, 2020). Thus, navigating these challenges requires a willingness to embrace discomfort and learn from previous errors.

We advance that the discomfort experienced through allyship can catalyze personal and institutional transformation. Bourke (2020) emphasizes the importance of settlers building relationships with one another to foster mutual accountability. McGuire-Adams (2021) delves into the necessity of processing white fragility within settler communities, stressing that this labour should not fall solely on Indigenous individuals but should be shared among settlers.

Joannie : We are less than 4% of Indigenous Peoples in Canada. If we all had the responsibility of educating settlers, we would be exhausted. Taking responsibility for one's own education and action allows Indigenous Peoples to devote their time and energy to their healing, preservation, and reclaiming of their culture.

Additionally, McGuire-Adams (2021) highlights the significance of critical self-reflection for settler allies, acknowledging its discomfort but also its role in disrupting settler colonialism. Kluttz (2020) add to this discourse by emphasizing the importance of staying present in uncomfortable situations

and navigating complex progress as a settler engaged in the allyship journey. Together, these authors underscore the need for settler allies to actively engage in self-reflection, accountability, and solidarity to challenge and dismantle colonial power dynamics in their relationships and communities. Educating the dominant group is also critical to the allyship process through challenging microaggressions and promoting awareness of oppression. This is where settlers must utilize their social influence and tap into their authority and privilege within their social group to engage in efforts alongside other dominant group members (Zappas et al., 2021).

Shenda : “It is important for nurses to understand the importance of educating themselves and staying informed about the issues of racism and colonialism facing Indigenous Peoples. I also emphasize here the importance of introspection regarding conscious/unconscious biases to recognize what may constitute microaggressions.”

Amélie : “Navigating the role of educator in the allyship process implies that I have to, through my lived experiences, model allyship for students and challenge the existing structures within nursing education and academia. I am an agent of change, questioning the role of colonial ideology and racism in nursing education, advocating for curricula that challenge white supremacy and settler colonialism and incorporate Indigenous perspectives and protocols.”

Learning from setbacks is also part of allyship journey. Indeed, vulnerability plays a crucial role in the journey of allyship, particularly in confronting settler colonialism (Foster-Boucher, 2022). It is inherently uncomfortable and challenging to engage in critical self-reflection, acknowledge our emotions’ vulnerability, and let go of ego to accept imperfection. In the context of allyship, vulnerability enables settlers to engage in genuine self-examination and dialogue with Indigenous Peoples. By embracing vulnerability, settlers engaged in an allyship journey can cultivate trust and empathy, which are essential for building authentic relationships and dismantling the structures of settler colonialism in everyday interactions.

Joannie : “Vulnerability fosters trust, creating an environment where individuals feel safe to be open and authentic with one another. Vulnerability serves as a catalyst for disrupting and transforming the dynamics of settler colonialism, paving the way for genuine solidarity and meaningful change.”

Limitation

Our reflections are inevitably shaped by our positionalities as two Indigenous graduate nursing students, one white graduate nursing student and one white nursing professor. While these diverse standpoints enrich the dialogue, they also delimit the scope of our analysis. The insights we share cannot represent the full range of Indigenous or settler perspectives, and they are influenced by our personal, academic, and professional trajectories. We acknowledge that our situated voices may unintentionally reproduce blind spots or silences and that allyship must always be understood as a plural, evolving, and context-dependent practice.

Conclusion: A call to action

Allyship with Indigenous Peoples in nursing represents a form of resistance against colonialism, racism, and systemic oppression within healthcare. Through an allyship journey, nurses can contribute to the broader social justice and health equity movement with Indigenous Peoples by actively challenging oppressive structures and advocating for Indigenous rights and self-determination. This discussion paper serves as a resounding call to action within the nursing community. It is time to walk the talk.

Through our four unified voices, we are saying to our Indigenous colleagues and service users, we acknowledge the profound injustices and historical traumas that continue to impact Indigenous communities. We recognize the unique contributions of Indigenous ways of being, knowing and doing to the fabric of our society. To our settler colleagues, we urge you to educate yourselves about the histories and ongoing struggles faced by Indigenous Peoples. Take the time to understand the impacts of colonization, systemic racism, and intergenerational trauma on Indigenous health. Challenge your own biases and privileges, and commit to creating safe and inclusive spaces for Indigenous service users and colleagues. Together, let us work towards building genuine partnerships between settlers and Indigenous Peoples based on trust, respect, and reciprocity. Create partnerships with local communities, explore their initiatives, and align with them. Advocate for policies and practices that uphold Indigenous rights, self-determination, and sovereignty in healthcare. Integrate Indigenous perspectives, knowledge, and healing practices into our care delivery, recognizing their value in promoting holistic health and well-being. As nurses, we have a unique opportunity and responsibility to be agents of change within our healthcare systems. Let us leverage our positions of influence to dismantle oppressive structures, address health inequities, and advance social justice for all.

References

- Anderson, K. J., & Accomando, C. H. (2016). The pitfalls of allyship performance: Why coalition work is more effective than ally theater. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/ca/blog/benign-bigotry/201608/the-pitfalls-ally-performance>
- Barker, A. (2010). From adversaries to allies: Forging respectful alliances between Indigenous and settler peoples. *Alliances: re/envisioning Indigenous-non-Indigenous relationships*, 316-333. https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=GVe6bV3SiNAC&oi=fnd&pg=PT498&ots=rBfwk6Cfll&sig=ShYUoBzWqgZhJE4PkUPV2rQn1VY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Blair, K. (2021). Empty gestures: Performative utterances and allyship. *Journal of Dramatic Theory and Criticism*, 35(2), 53-73. <https://muse.jhu.edu/article/801567/summary>
- Blanchet Garneau, A., Browne, A. J., & Varcoe, C. (2018). Drawing on antiracist approaches toward a critical antidiscriminatory pedagogy for nursing. *Nursing Inquiry*, 25(1), e12211. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nin.12211>
- Bourke, B. (2020). Leaving behind the rhetoric of allyship, Whiteness and Education. *Whiteness and Education*, 5(2), 179-194. <https://doi.org/10.1080/23793406.2020.1839786>
- Chrona, J. (2022). *Wayi Wah! Indigenous Pedagogies: An Act for Reconciliation and Anti-Racist Education*. Portage & Main Press.
- Coulthard, G. (2014). *Red Skin, White Masks: Rejecting the Colonial Politics of Recognition*. University of Minnesota Press.
- Filice, S., Spadoni, M., Sevean, P., & Dampier, S. (2020). Historically informed nursing in the time of reconciliation. *Quality Advancement in Nursing Education*, 6(2). <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1196>
- Flowers, R. (2015). Refusal to forgive: Indigenous women's love and rage. *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*, 4(2), 32-49.
- Foster-Boucher, C., Nelson, J., Bremner, S., Maykut, C. (2022). The importance of being uncomfortable and unfinished. *Quality Advancement in Nursing Education*, 3(3). <https://qane-afi.casn.ca/journal/vol8/iss3/6/>
- Foucault, M. (1991). *Discipline and punish. The birth of the prison*. Penguin. https://umontreal.on.worldcat.org:443/atoztitles/link?url_ver=Z39.88-2004
- Freire, P. (2008). *Pedagogy of the Oppressed*. Continuum.
- Gibson, P. A. (2014). Extending the Ally Model of Social Justice to Social Work Pedagogy. *Journal of Teaching in Social Work*, 34(2), 199-214. <https://doi.org/10.1080/08841233.2014.890691>
- Government of British Columbia. (2021). In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in BC health care. *BC Studies: The British Columbian Quarterly*, 209, 7-17.
- Hyett, S., Marjerrison, S., & Gable, C. (2018). Improving health research among Indigenous Peoples in Canada. *CMAJ*, 190(20), E616-E621. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171538>
- Kawatra, L. K. (2018). Settler colonialism a persevering injustice, the responsibility to contest it, and settler allies' use of media to disseminate a competing discourse: The case of Asinabka. *French Journal for Media Research*. <http://frenchjournalformediaresearch.com/index.php?id=1447>
- Kluttz, J., Walker, J., & Walter, P. (2020). Unsettling allyship, unlearning and learning towards decolonising solidarity. *Studies in the Education of Adults*, 52(1), 49-66. <https://doi.org/10.1080/02660830.2019.1654591>
- Manitowabi, D., & Maar, M. (2018). "We stopped sharing when we became civilized": A model of colonialism as a determinant of Indigenous health in Canada. *Journal of Indigenous Social Development*, 7, 1-19.
- McGuire-Adams, T. (2021). Settler allies are made, not self-proclaimed: Unsettling conversations for non-Indigenous researchers and educators involved in Indigenous health. *Health Education Journal*, 80(7), 761-772. <https://doi.org/10.1177/00178969211009269>
- Nixon, S. A. (2019). The coin model of privilege and critical allyship: implications for health. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7884-9>
- Steinman, E. (2020). Unsettling as agency: Unsettling settler colonialism where you are. *Colonial Studies*, 10(4), 558-575. <https://doi.org/10.1080/2201473X.2020.1807877>
- Zappas, M., Walton-Moss, B., Sanchez, C., Hildebrand, J. A., & Kirkland, T. (2021). The Decolonization of Nursing Education. *Journal for Nurse Practitioners*, 17(2), 225-229. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.11.006>

To contact the authors

*Amélie Blanchet Garneau, RN, PhD
Quebec Indigenous Research Chair in Nursing
Center for Public Health Research
Faculty of Nursing, Université de Montréal*

*Joannie Gill, RN
Faculty of Nursing, Université de Montréal*

*Christine Cassivi, RN, MSC
Faculty of Nursing, Université de Montréal
Email: christine.cassivi@umontreal.ca*

Shenda Collin, RN, IPSPL



Résumé

Le terme « judiciarisation » est utilisé de manière variée dans la littérature en santé mentale, et sa définition varie considérablement en fonction des auteurs et des disciplines. Étant donné son importance pour la discipline infirmière, ainsi que pour les autres professions de santé et le domaine de la santé mentale dans son ensemble, il est crucial de clarifier et approfondir la compréhension de ce concept. L'objectif de cet article est donc de proposer une analyse conceptuelle de la judiciarisation de la santé mentale, selon le cadre méthodologique de Rodgers. Les résultats révèlent les multiples usages du terme et des concepts associés dans la littérature scientifique, en mettant en lumière cinq attributs clés : les milieux institutionnels et communautaires, la croissance du phénomène, les justifications et motifs invoqués, les populations ciblées, ainsi que les enjeux et dilemmes éthiques. L'analyse identifie également trois antécédents majeurs de ce phénomène : la désinstitutionnalisation, le manque de financement et les obstacles à l'accès aux services de santé mentale. Enfin, plusieurs conséquences de la judiciarisation de la santé mentale sont discutées, notamment en termes d'implications éthiques et cliniques pour la pratique des infirmières.

Mots clés Analyse de concept, Judiciarisation, Psychiatrie, Santé mentale, Soins infirmiers psychiatriques

Analyse évolutive du concept de judiciarisation de la santé mentale : pertinence au regard des soins infirmiers psychiatriques

ETIENNE PARADIS-GAGNÉ, JEAN-LAURENT DOMINGUE ET MANOUEL ARGOD

Introduction

Le contact avec le milieu judiciaire pour les personnes vivant avec la maladie mentale est une réalité omniprésente au Canada, en Amérique et dans d'autres juridictions à travers le monde (Wipond, 2023), notamment en Europe et en France (Dujardin et Pechillon, 2015; Söderberg et al., 2022). Plus spécifiquement dans la province de Québec, Provencher (2010) soulève que de plus en plus de personnes souffrant de troubles mentaux doivent faire face au système de justice. Cela peut être à la suite d'un délit commis, ou lorsqu'un mandat du tribunal les oblige à être hospitalisées ou soignées contre le gré. L'admission psychiatrique

involontaire, les ordonnances de traitement et l'obligation de suivi par une équipe en santé mentale sont des exemples de mesures clinico-juridiques qui s'opèrent contre la volonté des personnes, qu'elles soient hospitalisées ou encore suivies dans la communauté. Différents auteurs indiquent que le contact avec le système de justice pour ces personnes est une problématique d'envergure, étant la source de nombreux effets délétères telle que la perte d'agentivité et d'expression identitaire (Jager et Perron, 2023).

Le concept de judiciarisation a été étudié dans différentes disciplines, dont la sociologie, le droit, la psychiatrie et l'éthique médicale, et ce selon différentes perspectives et théories (ex. : modèle biomédical et biopsychiatrie, analyse sociale du phénomène et analyse juridique) (Dujardin et Pechillon, 2015; Otero, 2010). De nombreux acteurs ont contribué dans les écrits à explorer le concept, qu'il s'agisse de juristes, d'usagers du système de santé, de cliniciens, de membres de l'entourage et des familles ou d'organismes d'aide. On constate notamment que des organismes de défense de droit en santé mentale et des groupes de soutien

soulèvent des préoccupations et de fortes critiques par rapport à cette judiciarisation accrue des personnes atteintes de troubles mentaux (Bernheim, 2015; Néron, 2016). Du côté de la discipline infirmière, le concept de judiciarisation est tout autant d'actualité. En effet, les infirmières qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale et la psychiatrie sont particulièrement affectées par cette hausse de la judiciarisation dans le cadre de leur pratique clinique; elles doivent pratiquer avec les personnes judiciarisées, que ce soit en milieu de détention, aux tribunaux, dans les hôpitaux ou dans la communauté (Galon et Wineman, 2010). La judiciarisation accrue de la maladie mentale se veut donc être un concept qui est intimement lié à la discipline infirmière.

Toutefois, le terme « judiciarisation » est utilisé de manière hétérogène dans la littérature et sa définition fluctue considérablement entre les auteurs et les disciplines. Étant donné l'importance du concept à la fois pour la discipline infirmière, pour les disciplines professionnelles de la santé et pour le champ de la santé mentale en général, une compréhension plus approfondie du concept s'avère nécessaire. Dans ce contexte, le but du présent article est d'analyser conceptuellement la judiciarisation de la santé mentale.

Méthodologie

La méthodologie de l'analyse de concept a été utilisée pour cette démarche de recherche conceptuelle. L'analyse de concept est une approche qui provient de la philosophie des sciences (Risjord, 2009; Wilson, 1963) et qui a pour objectif de clarifier ou définir un concept en identifiant ses éléments constitutifs, ses attributs et ses contextes d'application. Cette approche permet d'évaluer, de développer et de critiquer un concept d'importance au sein de disciplines, comme les sciences infirmières, afin de faire avancer la théorie et guider la pratique clinique (Rodgers et al., 2018).

Plusieurs types d'analyse de concept sont utilisés dans le domaine des sciences infirmières, dont la méthode de Walker et Avant (2019), la méthode évolutive (Rodgers et al., 2018), la méthode hybride de Schwartz-Barcott et Kim (Kalantari et al., 2024) et l'analyse dimensionnelle de Caron et Bowers (2000). Pour la présente étude, nous avons utilisé l'analyse de concept évolutive proposée par Rodgers (1989). Dans cette approche, un concept est considéré comme évoluant dans le temps, en fonction du contexte (ex. : disciplinaire, social, clinique ou juridique), et de son application. Le but de l'approche évolutive est de contribuer au développement des connaissances de manière à explorer comment le concept est mobilisé dans une discipline, ainsi que l'évolution de son utilisation à l'intérieur de celle-ci.

Les différentes étapes de l'analyse conceptuelle proposées par Rodgers ont été suivies, soit : 1) circonscrire et définir le concept d'intérêt ; 2) identifier les concepts et termes apparentés ; 3) sélectionner un échantillon approprié pour la collecte des données ; 4) déterminer les attributs du concept à l'étude et les fondements contextuels du concept (y compris les variations interdisciplinaires, socioculturelles et temporelles) ; et 5) explorer les antécédents et les conséquences du concept.

Pour l'étape de sélection d'un échantillon approprié, différents articles empiriques et théoriques ont été consultés afin de réaliser cette analyse. En ce qui a trait à la recension des écrits, Rogers avance qu'une analyse de concept se distingue d'une synthèse des connaissances traditionnelle (ex. : revue systématique ou revue de la portée) puisqu'une recherche systématique des articles n'est pas nécessairement requise. L'analyse doit plutôt faire un portrait d'ensemble à travers un corpus diversifié et provenant de plusieurs disciplines (ex. : littérature grise, articles scientifiques, livres, textes d'opinion ou autres).

Les bases de données CINAHL, MedLine, Web of Science et Érudit ont été consultés avec l'utilisation de mots-clés suivants: judiciarisation; judiciarization; criminalization; mental health; psychiatry. De plus, les références des articles pertinents ont été consultées afin de trouver d'autres articles à analyser. Une diversité de types de textes provenant de la littérature grise a aussi été consultée pour la réalisation de cette analyse, dont des lignes directrices cliniques, des articles de journaux, des politiques gouvernementales et des textes éditoriaux. Pour ce qui est des critères d'inclusion, les textes sélectionnés devaient: i) aborder le concept de judiciarisation en contexte de santé mentale ; ii) avoir été publiés dans les trente dernières années ; et iii) être applicables dans le domaine des sciences infirmières ou des sciences de la santé. Au total, 30 textes ont été retenus, principalement de langue française. Ces textes ont ensuite été analysés à l'aide d'une grille d'extraction des données en fonction des différentes rubriques proposées par Rodgers (concepts apparentés, attributs, antécédents et conséquences).

Identification et définition du concept

En termes de définition, les écrits consultés rapportent que la judiciarisation de la maladie mentale peut être conceptualisée comme un processus social lié à la contrainte et la coercition des soins de santé mentale (Larose-Hébert, 2020). La judiciarisation touche particulièrement à l'intervention des tribunaux dans le domaine de la santé mentale. Il s'agit alors d'un concept assez large, qui peut porter sur une diversité de mesures judiciaires, comme le soulignent les psychiatres

Bureau et al. (2001) : « Nous entendons par judiciarisation toute inscription d'un patient dans le processus judiciaire » (p. 204). Dans une autre définition davantage orientée vers les politiques de santé et les législations, Deschamps (2007) stipule plutôt que : « La « judiciarisation » de la psychiatrie est une notion qui évoque des politiques législatives qui organisent l'intervention des institutions judiciaires dans le champ de la psychiatrie » (p. 12). Dans cette même optique, Pariseau-Legault et al. (2021) considèrent que le concept aborde plusieurs mesures judiciaires qui viennent encadrer les soins et services en santé mentale.

La judiciarisation des soins et services de santé mentale fait ainsi appel à un ensemble hétérogène de tribunaux, de procédures et de programmes de nature civile et criminelle qui font en sorte que ces espaces de soin à l'intersection de la psychiatrie et de la justice sont particulièrement difficiles à saisir. (p. 42)

On constate donc que le concept à l'étude englobe une pluralité de mécanismes touchant à la fois au droit civil, criminel, pénal et au droit administratif (Beaudoin et Robert, 2012; Dujardin et Pechillon, 2015). Le concept de judiciarisation peut ainsi porter sur les mécanismes de diversion de la justice criminelle (tribunaux spécialisés en santé mentale) ou les mesures de nature civile (ordonnance de traitement, admission involontaire) (Paradis-Gagné et Jacob, 2021; Pariseau-Legault et al., 2021). Dans le domaine criminel et pénal, l'incarcération et l'emprisonnement des personnes atteintes de troubles mentaux sont d'autres domaines d'étude faisant partie de la judiciarisation. Pour Laberge et Morin (1993) et Otero (2010), le concept englobe également l'intervention des policiers en contexte de problèmes de santé mentale, à la base de l'action du système judiciaire et psychiatrique. En effet, ce sont souvent les policiers qui doivent intervenir auprès des personnes en situation de crise, entre autres lorsque les proches et membres de l'entourage sont à bout de souffle et se sentent parfois menacés. Selon Fradet (2009), le processus de judiciarisation peut notamment s'enclencher lorsque les proches et membres de la famille contactent les policiers et ambulanciers pour faire hospitaliser un proche lorsqu'il présente un risque de violence envers lui-même ou envers les autres. En l'occurrence, la grande diversité des mesures judiciaires qui entourent la santé mentale est souvent évoquée à travers les écrits, ce qui peut venir complexifier la définition du concept (Deschamps, 2007; Gray et al., 2016).

Termes et concepts apparentés

Différents termes sont utilisés à travers les écrits et peuvent être associés au concept de judiciarisation. Par exemple, les auteurs abordent les concepts de « criminalisation » des personnes (Jaimes et al., 2009; Laberge et Morin, 1993; Provencher, 2010) lorsque ceux-ci se retrouvent aux prises avec le système de justice criminelle et pénale. Ce concept parent s'avère surtout présent dans la littérature anglophone - criminalization (Beltrani et Zapf, 2020; Peternelj-Taylor, 2008). Un autre concept apparenté est celui de l'implication dans le système judiciaire (justice system involvement) (Bonfine et al., 2020; Auteurs, 2024). Ces différents concepts renvoient toutefois à un phénomène commun, soit celui de la hausse du contact avec les systèmes judiciaires pour les personnes qui présentent des troubles mentaux. Le terme de « déjudiciarisation » (Jaimes et al., 2009; Morin et al., 2000; Otero, 2010) émerge aussi des écrits, et réfère à diverses approches et programmes de diversion permettant d'éviter le contact avec le système de justice criminelle pour les personnes vivant avec la maladie mentale ayant commis un délit. Également, les concepts de « coercition des soins psychiatriques » (Pariseau-Legault et al., 2021), de « contrainte » et de « soins sous coercition » (Larose-Hébert, 2020) s'avèrent aussi liés à la judiciarisation des troubles mentaux à travers les textes consultés. Enfin, plusieurs autres termes et expressions sont mobilisés dans les écrits que nous avons consultés, dont les « dispositifs de psychiatrie-justice » (Otero, 2010), les « interventions psychiatrie-justice » (Laberge et Morin, 1993), l'« interface psychiatrie-justice » (Van Hout et al., 2023) ou encore l'« interface clinico-juridique » (Pariseau-Legault et al., 2021).

Attributs du concept de judiciarisation

Selon Rogers et coll. (2018), un concept peut s'exprimer par des énoncés et des caractéristiques propres, que l'on définit comme ses attributs. À la suite de l'analyse des écrits recensés, nous avons donc identifié les différents attributs du concept, que nous avons regroupé en cinq catégories : 1) milieux institutionnels et communautaires ; 2) phénomène en croissance ; 3) justifications et motifs évoqués ; 4) populations ciblées et 5) enjeux et dilemmes éthiques.

1. Milieux institutionnels et communautaires

Ce premier attribut porte sur les milieux où l'on retrouve le plus souvent l'occurrence de la judiciarisation de la santé mentale. De manière générale, les écrits avancent qu'elle se produit dans les hôpitaux psychiatriques et médicolégaux (Bureau et

al., 2001; Paradis-Gagné et Jacob, 2021), ainsi que dans les milieux carcéraux comme les prisons et pénitenciers (Fradet, 2009; Laberge et Morin, 1993; Larose-Hébert, 2020). Des études portant sur l'interaction entre la santé mentale et la justice à l'intérieur des tribunaux ont aussi été réalisées dans les dernières années, particulièrement au Canada (Jaimés et al., 2009; MacDonald et Dumais Michaud, 2015; Schneider, 2017). Dans la discipline infirmière plus particulièrement, la pratique clinique des infirmières psychiatriques effectuée en partenariat avec les tribunaux et les services de police a aussi fait l'objet de certaines études (Hean et al., 2011; Tarrant, 2014; Turnbull et Beese, 2000).

Bien que plusieurs écrits indiquent que le concept de judiciarisation s'effectue surtout dans les milieux institutionnels, on constate de plus en plus que la communauté est un lieu où les personnes peuvent être inscrites dans une trajectoire judiciaire. À cet effet, Dujardins et Péchillon (2015) rapportent qu'en France et en Europe, on observe cette hausse de la judiciarisation des personnes en soins ambulatoires, non plus seulement dans les milieux fermés. Le recours aux autorisations judiciaires de soins dans la communauté (ou ordonnances de traitement) et au suivi intensif dans le milieu pour les personnes faisant l'objet de modalités judiciaires semble de plus en plus la norme. Ces personnes se retrouvent à vivre dans leur milieu de vie hors des murs des hôpitaux, et ce sous surveillance constante des tribunaux et des équipes traitantes, incluant les infirmières psychiatriques (Dujardin et Péchillon, 2015; Otero, 2010, 2016).

2. Phénomène en croissance

Le second attribut identifié porte sur l'accroissement du recours à la judiciarisation en contexte de santé mentale. En effet, plusieurs auteurs rapportent qu'il s'agit d'un phénomène en augmentation dans plusieurs pays ; on observe de plus en plus une surreprésentation des personnes vivant avec la maladie mentale dans les systèmes de justice (Larose-Hébert, 2020; Linhares, 2020). Par exemple, dans la province de Québec, Provencher (2010) rapporte que :

De plus en plus de citoyens vivant un problème de santé mentale doivent faire face au système judiciaire. Parfois, c'est à la suite d'un délit, mais bien souvent, il s'agit aussi de personnes qui sont sous le coup d'une décision de la Cour qui les forcera à être hospitalisées, médicamentées ou hébergées contre leur gré. (p. 18)

Au Canada et au Québec particulièrement, cet accroissement du recours à la judiciarisation s'opère sur différents plans, dont celui de l'accroissement des interventions policières en contexte de santé mentale (Otero, 2010). Larose-Hébert (2020) évoque par ailleurs une hausse des personnes ayant des troubles mentaux incarcérées et celles jugées non-

responsables criminellement pour cause de troubles mentaux. Dans les établissements de psychiatrie générale comme ceux spécialisés en psychiatrie légale, des chercheurs américains (Beltrani et Zapf, 2020) rapportent aussi l'augmentation fulgurante des demandes d'évaluation psychiatriques médico-légales (ex. : évaluation de l'aptitude à comparaître au procès et évaluation de la responsabilité criminelle). Du côté de la France (Dujardin et Péchillon, 2015), on met aussi en avant-plan cet accroissement du rôle des tribunaux par rapport à la prise en charge des personnes vivant avec la maladie mentale. Pour Macdonald et Dumais-Michaud (2015), cet accroissement du recours aux tribunaux s'insère dans une optique de contrôle et de gestion des risques.

L'augmentation de l'importance des ressources consacrées à la « clientèle » juridique psychiatrique ainsi que l'augmentation de la fréquence des interventions policières en tant que premiers intervenants s'inscrivent dans un mouvement qui tend à judiciariser des individus marginalisés insérés au sein de logiques de contrôle social et de constructions socioculturelles du risque (p. 164)

Pour ce qui est des milieux carcéraux, des groupes professionnels et organismes d'aide en santé mentale ont rapporté une hausse importante du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux qui se voient emprisonnées depuis les dernières années (Chaimowitz, 2012; Côté, 2024).

3. Justifications et motifs évoqués

Un autre attribut de la judiciarisation que nous avons identifié porte sur la justification soulevée par rapport à son utilisation. En premier lieu, les motifs de prévention de la violence (Bureau et al., 2001) et de protection du public (Larose-Hébert, 2020) sont maintes fois évoqués. Par exemple, selon Dujardins et Péchillon (2015), la judiciarisation est utilisée afin de « préserver l'ordre public » (p. 460). En tant que mesure de dernier recours, l'utilisation des tribunaux pour « assurer » la prise en charge des personnes est vue avant tout comme une mesure coercitive ayant pour but la gestion du risque de dangerosité (Larose-Hébert, 2020). D'un point de vue éthique, cette visée de contrôle social et de gestion des comportements à risque est à même d'opposer les valeurs que ce sont celles du rétablissement et du respect de l'autonomie.

Il appert aussi que le processus de judiciarisation permet, dans une certaine mesure, de respecter des procédures et normes selon les législations en place. Cela viendrait baliser les interventions de nature coercitive — par exemple lors d'une demande d'admission involontaire ou d'un traitement contre le gré. Dans cette perspective, pour Dujardin et Péchillon (2015) le recours à la judiciarisation permettrait un respect des droits individuels, un cadre réglementaire entourant les

pratiques contraignantes – ce qui peut être lié au concept de justice procédurale (Galon et Wineman, 2010) ou d'équité procédurale (Zetterberg et al., 2014).

Il est aussi soulevé que la judiciarisation est utilisée pour permettre un accès potentiellement plus accéléré aux services de santé mentale. À cet effet, Laberge et Morin (1993) considèrent qu'il s'agit d'une « stratégie qui consiste à utiliser le système pénal pour répondre à des besoins de prise en charge et d'intervention psychosociale » (p. 89). La judiciarisation peut donc être conceptualisée comme une voie de contournement au système public de santé mentale, qui se voit de plus en plus surchargé et incapable de répondre aux besoins criants dans la communauté. Macdonald et Dumais Michaud (2015) rapportent aussi que cette judiciarisation peut être utilisée comme levier pour permettre l'obtention (forcée) des soins psychiatriques pour les personnes.

Soutenir l'équipe soignante dans son travail (Bureau et al., 2001) en plus de favoriser la prise de la médication sous ordonnance du tribunal (Paradis-Gagné et Jacob, 2021) sont également des motifs qui émergent de la littérature. Selon les résultats d'une étude québécoise (MacDonald et Dumais Michaud, 2015), la judiciarisation est vue comme un levier thérapeutique pour inciter la personne à suivre son traitement et ne pas consommer de substances, sous peine de mesures davantage coercitives. On constate donc la mise en place d'un certain discours mettant l'accent sur le caractère « thérapeutique », voir salutaire de la judiciarisation.

Enfin, un autre motif évoqué dans les écrits a trait à la responsabilisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans cette vision néolibérale mettant l'emphase sur la responsabilité individuelle, le recours aux tribunaux a pour objet de rendre davantage « autonome » la personne ayant commis des actes répréhensibles (Bureau et al., 2001). Cette mesure de responsabilisation aurait comme objectif secondaire de soutenir les équipes dans la gestion des patients présentant des comportements perturbateurs, ou à risque de violence. Il s'agit aussi d'un constat soulevé par les responsables de l'organisme PECH – qui vient en soutien aux personnes aux prises avec des enjeux de toxicomanie, de santé mentale et de judiciarisation de la région de Québec: « le réseau de la santé mentale lui-même demande aux réseaux correctionnel et judiciaire de judiciariser certains cas où des personnes consomment des drogues pour les responsabiliser. » (Néron, 2016).

4. Populations ciblées

Un autre des attributs identifiés dans cette analyse porte sur les populations et clientèles judiciarisées. Pour Otero (2010), la judiciarisation affecte surtout des personnes aux prises à

la fois avec des enjeux psychosociaux et de santé (troubles mentaux et comorbidités, toxicomanie, isolement social, problèmes d'accès aux services entre autres). D'ailleurs, Morin et al. (2000) nous informent que la clientèle « psychiatrie-justice » est souvent étiquetée comme problématique : « la judiciarisation est fortement associée au type de situations problèmes. » (p. 101) Ces personnes – dont les besoins de santé sont pourtant fort complexes – sont souvent qualifiées péjorativement comme dérangeantes, à risque pour la société. D'autres auteurs déplorent que l'on considère ainsi ces personnes comme des « citoyens de seconde zone » (Linhares, 2020), faisant face à différents enjeux de précarité financière et sociale. Provencher (2010) abonde dans le même sens, stipulant que la judiciarisation de la santé mentale – et particulièrement le contact avec le système de justice criminel – touche surtout les personnes en situation de pauvreté, souvent peu scolarisées. Les populations inscrites dans un processus de judiciarisation se retrouvent trop souvent marginalisées et en situation de grande vulnérabilité, en plus d'être confrontées à des situations de vie traumatisantes. On peut penser aux historiques antérieurs d'abus et de violence, d'inceste et de victimisation notamment (Provencher, 2010).

En ce qui a trait au genre, les études démontrent que les hommes sont associés à un plus haut taux de judiciarisation pénale comparativement aux femmes, qui constituent une minorité des patients en psychiatrie légale (Nicholls et al., 2015; Statistique Canada, 2019). Dans la recherche de Latimer et Lawrence (2006), parmi 8679 participants sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux (déclarés non-responsables criminellement ou inaptes à subir un procès), 84 % étaient des hommes et seulement 16 % des femmes. Il importe cependant de rapporter que les femmes atteintes de troubles mentaux dans le système de justice sont plus susceptibles d'avoir vécu des abus, de la violence et des traumatismes répétés par le passé (Nicholls et al., 2015).

5. Enjeux et dilemmes éthiques

L'analyse des écrits sur le concept de judiciarisation de la santé mentale a permis d'identifier un dernier attribut central; celui portant sur les débats, tensions et dilemmes de valeur que suscite l'utilisation du concept. D'entrée de jeu, il appert que ce concept implique des enjeux de privation de liberté, de respect des droits fondamentaux (ex. : droit de consentir aux soins, de choisir son milieu de vie, de se mouvoir librement), et est source de fortes tensions professionnelles, sociales et médiatiques. Pour Dujardin et Pechillon (2015), nous sommes en présence d'une dichotomie entre des visions paternalistes de protection du public et celles, plus humanistes, axées sur le respect de l'autonomie des individus, de leurs choix tout comme de leurs valeurs et croyances.

En matière de débats sociaux, on constate donc la présence de visions divergentes entre les acteurs et parties prenantes dans le domaine de la santé mentale. Tandis que les organismes de soutien pour les familles et les groupes de professionnels de la santé considèrent les mesures de judiciarisation comme requises pour la protection des patients et du public, d'autres acteurs (ex. : milieux communautaires, groupes de défense des droits en santé mentale) considèrent plutôt ces mesures comme néfastes, abusives et surutilisées (Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec [AGIDD-SMQ], 2019; Lacoursière et Jean, 2023). Nous serions ainsi en présence d'une certaine dérive autoritaire axée vers le contrôle des populations en situation de grande vulnérabilité. Ces positions fort polarisées entre les parties prenantes, fondées dans des schèmes de valeurs différents (protection du public versus respect des droits individuels et autonomie des personnes), semblent peu conciliables. On retient donc que les enjeux entourant le recours au système de justice en contexte de santé mentale sont complexes, et ne peuvent être abordés de manière unilatérale et simpliste (Provencher, 2010).

Pour certains auteurs, la judiciarisation de la maladie mentale présente plusieurs limites (Deschamps, 2007). Par exemple, Bernheim (2015) rappelle qu'en matière d'hospitalisation involontaire, il n'existe pas de consensus sur les critères de dangerosité permettant de décider ou non de l'hospitalisation involontaire de la personne. Le risque de perpétuer des rapports inégalitaires de pouvoir à l'endroit de ces individus — sous le couvert de modalités coercitives dites « empathiques » et « humaines » — s'avère un problème central soulevé. En effet, bien qu'une vision clinique et thérapeutique, de la part des psychiatres ou des infirmières psychiatriques, soit accolée au recours à la judiciarisation, il n'en demeure qu'elle est avant tout utilisée comme outil de contrôle social et que sa valeur clinique (ex. : diminution des symptômes de maladie, de la durée d'hospitalisation et taux de réadmission) est fortement mise en doute.

On voit poindre le risque de dérive autoritaire et coercitive que suscite le recours sans cesse accru aux mesures de judiciarisation (ex. : admission psychiatrique involontaire, traitement contre le gré). Otero (2010) souligne en ce sens la pathologisation et la médicalisation des enjeux sociaux, critiquant le concept comme étant celui de la « judiciarisation abusive des problèmes sociaux et de santé mentale » (p. 96) et ce malgré que nous soyons en présence de mesures soi-disant exceptionnelles et de dernier recours. En lien avec cette tangente de pathologisation, des écrits soulignent la primauté de la médication comme solution trop souvent évoquée par les tribunaux et les milieux de soins (Pariseau-Legault

et al., 2021; Provencher, 2010). Linhares (2020) critique cette prépondérance du modèle biomédical et la prise de la médication comme gage de succès (voire comme unique voie de salut) qui est maintenant exigé quasi systématiquement par l'appareil judiciaire et le dispositif psychiatrie-justice. Par exemple, les résultats d'une étude ethnographique rapportent que la question de l'observance à la médication psychiatrique est au cœur des dossiers judiciaires (Bernheim et al., 2022). Nous croyons essentiel de noter que cette observance à la médication est un rôle intimement lié à la pratique infirmière en milieu psychiatrique en contexte de judiciarisation.

Antécédents

Après avoir discuté des différents attributs qui constituent le concept de la judiciarisation, nous allons maintenant explorer quels sont ses antécédents du concept, c'est-à-dire les facteurs contributifs à son apparition. Trois grands ensembles d'antécédents sont ressortis de l'analyse des écrits, soit la désinstitutionnalisation, le manque de financement et la difficulté d'accès aux services de santé mentale.

Désinstitutionnalisation

En premier lieu, une des causes les plus évoquées pour le recours au concept de judiciarisation est celle de la désinstitutionnalisation (Jaimes et al., 2009). « Le phénomène de judiciarisation et de criminalisation de la maladie mentale est intimement lié à la désinstitutionnalisation psychiatrique ayant débuté au Québec dans les années 1960. » (Larose-Hébert, 2020, p. 49). Ce mouvement devait initialement permettre une plus grande prise en charge des personnes vivant avec la maladie mentale à même la communauté, non plus uniquement dans les asiles et hôpitaux psychiatriques. Tandis qu'à l'époque asilaire il était aisé d'admettre et de traiter involontairement les personnes sans grande impunité, les luttes et l'action politique des organismes de défense des droits et de la société civile ont permis des changements importants par rapport au respect des droits humains. Selon cette explication, le déclin des nombres de lits en psychiatrie depuis les années 1960, juxtaposé entre autres à une hausse des critères permettant l'hospitalisation et le traitement contre le gré, ont entraîné une hausse du nombre de personnes insérées dans le système de justice (Beltrani et Zapf, 2020). Pour Otero (2010), ce mouvement de sortie des patients en dehors des murs des asiles s'est aussi soldé par des ratés sur le plan de l'intégration et de la socialisation des personnes. Les inégalités croissantes, la discrimination et l'isolement social qui s'en est suivi auraient accentué le recours aux tribunaux afin d'assurer l'offre de soins pour ces personnes.

Manque de financement

Le mouvement de la désinstitutionnalisation devant permettre un passage des personnes vers la communauté a été suivi d'un manque important d'investissement dans les services de santé mentale dans la communauté, particulièrement dans les services de première ligne (Frappier et al., 2009; Néron, 2016; Valence, 2006). À notre époque, les politiques néolibérales de désinvestissement, voire d'abandon des services publics, ont aussi été mises en place, et ce particulièrement dans les dernières années. Dès lors, en amont du recours à la judiciarisation, un déficit de financement à la fois dans les programmes sociaux (accès au logement, aide sociale) (Laberge et Morin, 1993), dans les services de santé mentale et les systèmes de justice est une des causes entraînant le recours accru aux tribunaux en contexte de santé mentale. Comme l'expliquent Dujardins et Péchillon (2015) : « La judiciarisation des soins psychiatriques sans consentement contraint deux services publics en souffrance, santé et justice, à devoir aborder et mettre en œuvre les politiques publiques sans moyens supplémentaires, ce qui représente un réel défi organisationnel. » (p. 466-467).

Difficulté d'accès aux services

Le manque de financement du réseau de la santé et des services sociaux et autres services publics accentue par le fait même la difficulté d'accès aux soins en santé mentale. Conséquemment, les lacunes dans les services disponibles en santé mentale augmentent indirectement le recours à la judiciarisation : « le manque d'accès aux services de santé mentale en temps opportun peut contribuer à la judiciarisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale » (Pariseau-Legault et al., 2021, p. 50). Faute de moyens suffisants (ex. : milieux d'hébergement, équipes en santé mentale, services d'accompagnement), les personnes en viennent à être contraintes d'être inscrites dans une trajectoire judiciaire pour recevoir des services qui sont pourtant universels et publics. Bien qu'il s'agisse d'un enjeu très actuel, ce phénomène ne date pourtant pas d'hier. Dans un texte publié il y a près de 20 ans, Valence (2006) identifiait déjà l'importance d'améliorer l'accès aux services en amont : « Diminuer la judiciarisation par la prévention et l'accès à une gamme complète de services » (p. 35).

Comme on peut le constater, l'évolution du concept de la judiciarisation en santé a certes été influencée par la désinstitutionnalisation initiée dans les années 1960, mais aussi par des facteurs plus contemporains, dont les mesures d'austérité financière liées au mouvement du néolibéralisme (coupures dans les services sociaux et de santé, emphase sur la responsabilité individuelle des personnes et effritement des mesures de soutien communautaire et sociale) (Wipond,

2023). L'accent sur la gestion des risques dans la société et la protection du public fait aussi partie des éléments contemporains liés à cette accentuation du recours à la judiciarisation.

Conséquences

D'entrée de jeu, Laberge et Morin (1993) soulignent que le recours au concept de la judiciarisation n'est pas sans conséquences. Ces auteurs rapportent la détérioration des conditions de vie, l'épuisement des ressources communautaires tout comme la forte exclusion sociale qui peut en découler. Un tel constat est aussi rapporté par Valence (2006), pour qui la judiciarisation est le « grand prix de l'exclusion » : « L'étiquette de santé mentale est déjà dure à porter, quand on ajoute la judiciarisation, c'est encore pire ! Ce sont les exclus des exclus. Non seulement t'es fous, mais en plus t'es dangereux ! » (p. 6).

À la lumière de ces constats, il s'avère que les populations faisant l'objet de judiciarisation sont victimes de stigmatisation accrue (Gouvernement du Québec, 2018; Van Hout et al., 2023). Les écrits indiquent que lorsque la personne est insérée dans une trajectoire judiciaire, elle porte alors le double stigmate de la maladie mentale et de dangerosité/criminalité (Chaimowitz, 2012; Marshall et Adams, 2018). Selon Frappier et al. (2009), l'apposition de ce double stigmate peut complexifier l'accès aux services de santé. Marshall et Adams (2018) indiquent par exemple que la double stigmatisation peut avoir un impact sur la qualité de la relation thérapeutique entre les professionnels de la santé et les patients judiciarisés. D'ailleurs, les infirmières psychiatriques ont déjà été identifiées comme instigatrices de cette stigmatisation envers leurs patients (Tyerman et al., 2021). À cette double stigmatisation s'ajoutent également des données portant sur la persistance d'une triple stigmatisation (West et al., 2014), soit la juxtaposition du stigmate racial. Effectivement, les personnes racisées et celles issues des communautés autochtones sont encore plus à risque d'être insérées dans un processus de judiciarisation (National Institute for Health and Care Excellence, 2017; Sugie et Turney, 2017). Au Canada, on retrouve une surreprésentation des personnes autochtones et racisées souffrant de problèmes mentaux à l'intérieur du système de justice pénale (Chaimowitz, 2012; Watts et Weinrath, 2017). Les personnes autochtones font aussi l'objet de mesures judiciaires plus restrictives en contexte de judiciarisation des troubles mentaux (Nicholls et al., 2023).

Une des conséquences aussi documentées par plusieurs auteurs porte sur la privation des libertés de la personne (Deschamps, 2007). En effet, Bernheim (2015) explique que le recours à la judiciarisation engendre une intrusion dans la

vie privée, fondée sur une vision paternaliste. La judiciarisation est aussi vue comme un « labyrinthe » (Provencher, 2010) dont les conséquences sont sans fin : incarcération accrue, réadmissions répétées en milieu psychiatrique (syndrome de la porte tournante), antécédents criminels et discrimination en sont des exemples patents (Domingue et al., 2023). Les impacts négatifs sur la relation thérapeutique entre les soignants et la personne judiciarisée sont aussi à considérer. La rupture du lien relationnel entre la famille et le proche (lorsque l'entourage est impliqué dans les démarches judiciaires) est notamment bien documentée (Larose-Hébert, 2020). D'ailleurs, l'intervention judiciaire peut être troublante et insécurisante pour la personne qui en fait l'objet tout comme pour les membres de sa famille (Fradet, 2009).

Comme nous pouvons lire, les conséquences qui ressortent de l'utilisation du concept sont nombreuses. Dans un rapport publié en 2018 portant sur l'interaction entre la santé mentale et la justice, le Gouvernement du Québec (2018) a synthétisé la plupart de ces conséquences.

La judiciarisation entraîne fréquemment une rupture de services de santé et de services sociaux (traitement pharmacologique, suivi psychiatrique ou psychosocial, etc.), doublée d'une rupture sociale associée à la détérioration des conditions de vie (perte d'emploi, de logement, de revenu, difficultés financières dues aux amendes imposées, etc.). Le plus souvent, ces ruptures sont consécutives à une période d'incarcération, qu'elle soit préventive ou correctionnelle. À cela s'ajoutent les multiples impacts de ces ruptures sur le rétablissement et la réadaptation, notamment celui d'avoir un casier judiciaire. (p. 3)

Discussion

Notre analyse conceptuelle de la judiciarisation de la santé mentale met en lumière un certain nombre de préoccupations, particulièrement en ce qui concerne la relation entre la psychiatrie et la justice. L'inscription de la psychiatrie dans un cadre juridique civil et criminel crée une dynamique complexe où le patient psychiatisé se trouve toujours sous la menace constante de traitements forcés ou d'hospitalisations contre son gré (Wipond, 2024). Cela soulève la question fondamentale : peut-on réellement dissocier les soins psychiatriques du système judiciaire, ou, en d'autres termes, les soins psychiatriques ne sont-ils pas de facto des soins judiciarisés? En effet, la judiciarisation semble inhérente à la psychiatrie, dans la mesure où les personnes psychiatisées sont souvent traitées dans des

contextes où la frontière entre soin et contrainte judiciaire est floue. Les personnes psychiatisées doivent donc conjuguer avec la possibilité omniprésente, telle une épée de Damoclès, de se faire interner de force, traiter de force ou mettre sous contrainte (contentions mécaniques ou salle d'isolement) si elles ne respectent pas le cadre comportemental établi par le dispositif médical qui chapeaute leurs « soins » (Domingue et al., 2023). Nous convenons que ces « soins » sont donc de facto dispensés dans un contexte coercitif desquels ils ne peuvent s'extraire. En effet, plutôt que de concevoir le recours à la judiciarisation comme le symptôme d'une défaillance du système de soins, ne faut-il pas y voir la rationalité de la logique même du soin psychiatrique tel qu'il se déploie dans nos sociétés? Dans cette perspective, la judiciarisation ne serait pas accessoire au soin, mais bien intégrale à une forme de gouvernement des conduites, où le contrôle judiciaire et la coercition thérapeutique, souvent d'origine infirmière (Domingue et al., 2022; Jager et Perron, 2018) deviennent des modalités ordinaires de l'intervention clinique.

Cette problématique est d'autant plus inquiétante lorsqu'on considère l'effet multiplicatif de la désinstitutionnalisation sur le recours contemporain à la judiciarisation de la santé mentale. Selon Ben Mosche (2020), la désinstitutionnalisation n'a pas conduit à la disparition ou à la réduction des pratiques d'incarcération et de judiciarisation en contexte psychiatrique. Au contraire, cette désinstitutionnalisation a plutôt provoqué un déplacement et un décuplement des espaces où cette judiciarisation opère : des hôpitaux psychiatriques vers les prisons, les maisons de transition, les écoles, les hébergements de soins de longues durées, les maisons de jeunes, et autres espaces résidentiels et communautaires (Ben Mosche, 2020). Dans un contexte où l'efficacité thérapeutique des mesures judiciaires coercitives (particulièrement le traitement forcé) est peu supportée sur le plan empirique (Muralidharan et Fenton, 2006; Rugkåsa, 2016; Sailas et Fenton, 2000), la multiplication des espaces de judiciarisation et des technologies par lesquelles cette judiciarisation est possible (p. ex., ordonnance de traitement communautaire, bracelets électroniques, hébergements sécurisés) entraîne de nombreuses préoccupations sur le plan clinique.

Les résultats de notre analyse conceptuelle nous permettent aussi de nous interroger au sujet de deux constats. D'abord, bien que les infirmières psychiatriques soient des agentes omniprésentes dans l'opérationnalisation de la judiciarisation des personnes vivant avec un problème de santé mentale, par exemple en administrant les traitements forcés, en

rapportant des comportements jugés déviants aux autorités ou en accompagnant les familles dans le signalement de leurs proches à la police, elles demeurent largement invisibles, en tant que professionnelles avec un champ de compétences distinct, dans les écrits portant sur la judiciarisation. En effet, elles y sont fréquemment diluées dans les catégories de « professionnels de la santé » ou de « l'équipe traitante ». Nous soutenons que cette invisibilisation contribue à occulter le rôle central des infirmières dans les processus de judiciarisation, tout en les déresponsabilisant quant aux effets délétères qui en découlent.

Dans un second temps, nos résultats rendent compte d'une dynamique particulière en ce qui a trait aux questions raciales et de genres dans le cadre de la judiciarisation de la santé mentale. Ils évoquent comme conséquence de la judiciarisation une surreprésentation des personnes racisées et des personnes autochtones, ainsi que celles des hommes. Toutefois, dans les écrits recensés dans le cadre de notre analyse de concept, les questions raciales et genrées ne sont pas mobilisées comme antécédents structurels du concept de judiciarisation. Or, certains travaux critiques, particulièrement en sciences humaines et sociales, soulignent que les logiques coloniales et genrées pourraient être constitutives de l'exposition différentielle à la judiciarisation en contexte psychiatrique (McGuire et Murdoch, 2021; Metz, 2009). Le fait que les écrits que nous avons recensés considèrent ces questions comme des conséquences - et non comme antécédents - du concept de judiciarisation tend à évacuer les rapports structurels de pouvoir fondés sur la race et le genre dans l'émergence du concept. En cantonnant ces rapports à des conséquences plutôt qu'à des possibles antécédents, les écrits que nous avons recensés semblent passer sous silence les facteurs systémiques qui rendent certaines populations plus vulnérables à l'intervention judiciaire en santé mentale.

Implications pour la pratique clinique et la formation en santé mentale

Notre analyse conceptuelle de la judiciarisation de la santé mentale suggère que cette dernière constitue une dimension indissociable du soin clinique, et cette réalité façonne profondément la pratique des professionnels de la santé. Plutôt que de considérer la judiciarisation comme un facteur externe qui influence les soins, nous convenons qu'elle doit être vue comme un élément inhérent aux soins psychiatriques contemporains. Dans cette perspective, les professionnels de santé mentale ne peuvent pas dissocier leur rôle de soignant de leur allégeance aux procédures juridiques sur lesquelles s'appuie leur pratique clinique. En effet, l'épée de Damoclès de l'internement forcé, du traitement forcé ou de la contrainte

qui flotte de façon perpétuelle au-dessus de la tête des patients psychiatisés rend l'établissement d'une relation de soin fondée sur le respect et sur la confiance mutuelle très difficile, voire impossible.

Ainsi, la judiciarisation de la santé mentale implique de repenser les pratiques de soins puisqu'elle limite inhéremment le respect des droits fondamentaux des patients (droit à l'autonomie, droit au consentement éclairé, ou protection contre les traitements cruels et inhumains) (AGIDD-SMQ, 2019; Lacoursière et Jean, 2023; Méndez, 2013). Il devient alors crucial de développer des modèles d'interventions qui tiennent compte de cette réalité afin de garantir des soins les plus éthiques possibles et respectueux des réalités sociales et judiciaires des personnes psychiatisées. En ce sens, nous convenons que les milieux dans lesquels œuvrent les professionnels de la santé et les milieux de formation doivent reconnaître ce contexte difficile et offrir des formations pour aider les professionnels de la santé à mieux gérer les défis spécifiques que pose la judiciarisation dans leur pratique clinique quotidienne.

Nous convenons qu'il devient alors essentiel d'intégrer au sein de la formation initiale des professionnels de la santé, incluant les infirmières, des moyens pour développer une posture réflexive face aux enjeux sociaux et juridiques complexes qui façonnent la dispensation de soins. Dans le cadre spécifique de la judiciarisation en contexte de santé mentale, cela implique d'y intégrer du contenu issu des sciences sociales portant sur les cadres légaux et juridiques en santé mentale, les rapports de pouvoir et les formes de violence que ces rapports de pouvoir peuvent engendrer. Nous proposons aussi que des espaces physiques et temporels devraient être mis à la disposition des soignants en milieu clinique pour leur permettre de discuter des effets de la judiciarisation sur les soins dispensés et sur les personnes sujettes à cette dernière, mais aussi de réfléchir au sujet de la place constitutive de cette judiciarisation dans leur pratique professionnelle. Nous proposons ces pistes en sachant très bien qu'elles ne sont pas des solutions miraculeuses aux problèmes engendrés par la judiciarisation en contexte de santé mentale, mais nous estimons qu'elles pourraient élargir le regard des professionnelles sur leurs rôles sociétaux au-delà de la relation intime proximale qu'ils ont avec leurs patients dans la mesure où les soins qu'elles dispensent s'insèrent dans des logiques sociales de contrôle populationnel qui affectent certains groupes plus que d'autres.

Références

- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec [AGIDD-SMQ]. (2019). De l'influence des mythes: Hospitalisation et médication forcée en santé mentale. AGIDD-SMQ. <https://www.agidd.org/de-l'influence-des-mythes-hospitalisation-et-medication-forcee-en-sante-mentale/>
- Beaudoin, O. et Robert, J.-M. (2012). Santé mentale et justice : Perspective des proches aidants: Un sentiment d'impuissance. *Le Partenaire*, 20(4), 21–28.
- Beltrani, A. et Zapf, P. (2020). Competence to stand trial and criminalization: An overview of the research. *CNS SPECTRUMS*, 25(2), 161–172. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001597>
- Ben-Mosche, L. (2020). *Decarcerating disability: Deinstitutionalization and prison abolition*. University of Minnesota Press.
- Bernheim, E. (2015). La judiciarisation des mesures d'internement au Québec: De la force idéalisée du droit à sa mise en pratique. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 1007.
- Bernheim, E., Ouellet, G., Pariseau-Legault, P. et Sallée, N. (2022). Surveiller, contrôler et traiter: Le consentement aux soins à la Commission québécoise d'examen. *Santé mentale au Québec*, 47(1), 111–128. <https://doi.org/10.7202/1094147ar>
- Bonfine, N., Wilson, A. B. et Munetz, M. R. (2020). Meeting the needs of justice-involved people with serious mental illness within community behavioral health systems. *Psychiatric Services*, 71(4), 355–363. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900453>
- Bureau, N., Roy, R., Gendron, P. et Millaud, F. (2001). La judiciarisation des patients psychiatriques: Éléments de réflexion et applications pratiques. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 202–215. <https://doi.org/10.7202/014518ar>
- Caron, C. et Bowers, B. J. (2000). Methods and application of dimensional analysis: A contribution to concept and knowledge development in nursing. Dans B. L. Rodgers et K. A. Knaf (Éd.), *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (2e éd., pp. 285–319). W.B. Saunders Company.
- Chaimowitz, G. (2012). The criminalization of people with mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 1–6.
- Côté, B. (2024). Santé mentale et prison : la déroute du néolibéralisme. Association des services de réhabilitation sociale du Québec. <https://asrsq.ca/revue-porte-ouverte/demystifier-la-sante-mentale-et-la-criminalite/sante-mentale-et-prison-la-deroute-du-neoliberalisme>
- Domingue, J.-L., Jacob, J.-D., Pariseau-Legault, P., Perron, A. et Foth, T. (2022). Nurses and the discursive construction of procedural justice in review board hearings. *Aporia* 14(2): 11–21. <https://doi.org/10.18192/aporia.v14i2.6424>
- Domingue, J.-L., Jacob, J.-D., Perron, A., Foth, T., & Pariseau-Legault, P. (2023). The forensic psychiatric network of observation and documentation: At the intersection of review board hearings and nursing practice. *Journal of Forensic Nursing*, 19(1), 21. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000387>
- Deschamps, J.-L. (2007). La judiciarisation de la psychiatrie. *Synapse*, 233, 12–19.
- Dujardin, V. et Pechillon, É. (2015). La judiciarisation des soins psychiatriques: Le point de vue du juriste. *L'information psychiatrique*, 91(6), 459–469.
- Fradet, H. (2009). Entre la judiciarisation et l'intervention médico-psychosociale: La réalité des membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 31–38. <https://doi.org/10.7202/039124ar>
- Frappier, A., Vigneault, L. et Paquet, S. (2009). À la fois malade et criminalisé: Témoignage d'une double marginalisation. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 21. <https://doi.org/10.7202/039123ar>
- Galon, P. A. et Wineman, N. M. (2010). Coercion and procedural justice in psychiatric care: State of the science and implications for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(5), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.12.005>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Stratégie nationale de concertation en justice et en santé mentale: Agir ensemble pour une justice adaptée aux enjeux de santé mentale*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3551355>
- Gray, J. E., Hastings, T. J., Love, S. et O'Reilly, R. L. (2016). Clinically significant differences among Canadian mental health acts: 2016. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(4), 222–226. <https://doi.org/10.1177/07067437166632524>

- Hean, S., Heaslip, V., Warr, J. et Staddon, S. (2011). Exploring the potential for joint training between legal professionals in the criminal justice system and health and social care professionals in the mental-health services. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 196–202. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.524322>
- Jager, F. et Perron, A. (2018). Caring as coercion: Exploring the nurse's role in mandated treatment. *Journal of Forensic Nursing*, 14(3), 148–153. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000207>
- Jager, F. et Perron, A. (2023). How identity is produced and experienced in the context of mandated community-based mental health care: An application of the theories of Grosz and Foucault. *Nursing Inquiry*, 30(3), e12552. <https://doi.org/10.1111/nin.12552>
- Jaimes, A., Crocker, A., Bédard, É. et Ambrosini, D. (2009). Les Tribunaux de santé mentale: Déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 171–197. <https://doi.org/10.7202/039131ar>
- Kalantari, S., Modanloo, M., Ebadi, A. et Khoddam, H. (2024). Concept analysis of conscience-based nursing care: A hybrid approach of Schwartz-Barcott and Kim's hybrid model. *BMC Medical Ethics*, 25(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01070-8>
- Laberge, D. et Morin, D. (1993). Troubles mentaux et intervention pénale; questions entourant les évaluations de la judiciarisation en Amérique du Nord. *Déviance et société*, 17(3), 309–348.
- Lacoursière, A. et Jean, O. (2023, 12 novembre). Les lois ne favorisent pas la prévention. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/policiers-et-detresse-mentale/une-heure-pour-eviter-le-pire/2023-11-12/les-lois-ne-favorisent-pas-la-prevention.php>
- Larose-Hébert, K. (2020). Judiciarisation de l'accès aux services de santé mentale: Le rôle complexe des proches-aidants. *Intervention*, 151, 47-62.
- Latimer, J. et Lawrence, A. (2006). The Review Board Systems in Canada: An Overview of Results from the Mentally Disordered Accused Data Collection Study. Department of Justice of Canada. https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/jsp-sjp/rr06_1/index.html
- Linhares, G. (2020). Judiciarisation, déni de droits et mythes en santé mentale. Association des services de réhabilitation sociale du Québec. <https://asrsq.ca/revue-porte-ouverte/demystifier-la-sante-mentale-et-la-criminalite/judiciarisation-deni-de-droits-et-mythes-en-sante-mentale>
- MacDonald, S.-A. et Dumais Michaud, A.-A. (2015). La prise en charge et discours entourant les personnes judiciarisées au sein d'un tribunal de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 161–177. <https://doi.org/10.7202/1037685ar>
- Marshall, L. A. et Adams, E. A. (2018). Building from the ground up: Exploring forensic mental health staff's relationships with patients. *The Journal of Forensic Psychiatry et Psychology*, 29(5), 744–761. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1508486>
- McGuire, M. M. et Murdoch, D. J. (2021). (In-)justice: An exploration of the dehumanization, victimization, criminalization, and over-incarceration of Indigenous women in Canada. *Punishment & Society*, 24(4), 529-550. <https://doi.org/10.1177/14624745211001685>
- Metzl, J. M. (2009). *The protest psychosis: How schizophrenia became a Black Disease*. Beacon Press.
- Méndez, J. E. (2013). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment. Human Rights Council, Twenty-second session, Agenda item 3. United Nations. <https://www.refworld.org/reference/themreport/unhrc/2013/en/90541>
- Morin, D., Landreville, P. et Laberge, D. (2000). Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale: Le modèle de l'urgence psychosociale-justice. *Criminologie*, 33(2), 81–107. <https://doi.org/10.7202/004727ar>
- Muralidharan, S. et Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2006(3), CD002084. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002084.pub2>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Mental health of adults in contact with the criminal justice system: Identification and management of mental health problems and integration of care for adults in contact with the criminal justice system (Guideline 66)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng66/evidence/full-guideline-pdf-4419120205>
- Néron, J.-F. (2016, janvier 19). La judiciarisation des troubles de santé mentale inquiète. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/2016/01/19/la-judiciarisation-des-troubles-de-sante-mentale-inquiete-e7fd95d6d5d61de9c8d78fff2afe9f93>

- Nicholls, T., Charette, Y., C. Seto, M., Caulet, M., M. Muir, N. et Crocker, A. (2023). How do persons found NCRMD and identified as indigenous differ from other persons found NCRMD: Profiles, trajectories, and outcomes. *International Journal of Forensic Mental Health*, 22(4), 340–353. <https://doi.org/10.1080/14999013.2023.2205664>
- Nicholls, T. L., Crocker, A. G., Seto, M. C., Wilson, C. M., Charette, Y. et Côté, G. (2015). The National Trajectory Project of Individuals Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder. Part 5: How essential are gender-specific forensic psychiatric services? *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(3), 135–145.
- Otero, M. (2010). Société, psychiatrie et justice au Québec: De la désinstitutionnalisation à la déjudiciarisation. *Le Partenaire*, 19(1), 25-30.
- Otero, M. (2016). Traiter les intraitables: L'univers des autorisations judiciaires de soins à Montréal. *Nouvelles pratiques sociales*, 28(2), 203–226. <https://doi.org/10.7202/1041188ar>
- Paradis-Gagné, E., & Jacob, J. D. (2021). Judicialization of people suffering from mental illness: A critical analysis of the psychiatric–judicial interface. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 291–298. <https://doi.org/10.1111/jpm.12667>
- Pariseau-Legault, P., Bernheim, E., Ouellet, G. et Sallée, N. (2021). Lorsque la maladie mentale s'invite au banc des accusés: Ethnographie de la Commission d'examen et des espaces de justice hospitalière. *Aporia*, 13(2), 42–55. <https://doi.org/10.18192/aporia.v13i2.6019>
- Peternelj-Taylor C. (2008). Criminalization of the mentally ill. *Journal of Forensic Nursing*, 4(4), 185–187.
- Provencher, P. D. (2010). La judiciarisation des problèmes de santé mentale: Une réponse à la souffrance? *Le partenaire*, 19(1), 18-24.
- Risjord, M. (2009). Rethinking concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 684–691. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04903.x>
- Rodgers, B. L. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: The evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 14(4), 330–335. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb03420.x>
- Rodgers, B. L., Jacelon, C. S. et Knaf, K. A. (2018). Concept analysis and the advance of nursing knowledge: State of the science. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 451–459. <https://doi.org/10.1111/jnu.12386>
- Rugkåsa, J. (2016). Effectiveness of community treatment orders: The international evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(1), 15–24. <https://doi.org/10.1177/0706743715620415>
- Sailas, E. et Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2000(2), CD001163. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>
- Schneider, R. D. (2017). Mental health courts: Where might we go from here? Dans R. Roesch et A. N. Cook (Éd.), *Handbook of forensic mental health services* (pp. 566–586). Routledge.
- Söderberg, A., Wallinius, M., Munthe, C., Rask, M. et Hörberg, U. (2022). Patients' experiences of participation in high-security, forensic psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(7), 683–692. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2033894>
- Statistique Canada. (2019). Les contrevenantes au Canada, 2017. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00001-fra.htm>
- Sugie, N. F. et Turney, K. (2017). Beyond incarceration: Criminal justice contact and mental health. *American Sociological Review*, 82(4), 719–743. <https://doi.org/10.1177/0003122417713188>
- Tarrant, P.-J. (2014). An exploration of the role of the court liaison nurse within the New Zealand criminal courts [Doctoral dissertation, Auckland University of Technology]. <https://openrepository.aut.ac.nz/handle/10292/7910>
- Turnbull, J. et Beese, J. (2000). Negotiating the boundaries: The experience of the mental health nurse at the interface with the criminal justice system. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(4), 289–296. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00294.x>
- Tyerman, J., Patovirta, A. L. et Celestini, A. (2021). How stigma and discrimination influences nursing care of persons diagnosed with mental illness: A systematic review. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 153–163. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1789788>
- Valence, S. (2006). La psychiatrie légale: À la frontière de la justice et des soins de santé. *Porte Ouverte : Bulletin de l'Association des services de réhabilitation sociale du Québec*, 17(3), 5-9.

Van Hout, M. C., Kaima, R., Mhango, V., Kewley, S. et Mariniello, T. (2023). Judicialisation of the mentally ill and/or mentally incapacitated in the Malawi criminal justice system: Gaps and flaws of human rights protection. *Forensic Science International: Mind and Law*, 4, 100121. <https://doi.org/10.1016/j.fsimpl.2023.100121>

Walker, L. et Avant, K. (2019). *Strategies for theory construction in nursing* (6th ed.). Pearson.

Watts, J. et Weinrath, M. (2017). The Winnipeg Mental Health Court: Preliminary findings on program implementation and criminal justice outcomes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 36(1), 67–82. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-005>

West, M. L., Yanos, P. T. et Mulay, A. L. (2014). Triple stigma of forensic psychiatric patients: Mental illness, race, and criminal history. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), 75–90. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.885471>

Wilson, J. (1963). *Thinking with concepts*. Cambridge University Press.

Wipond, R. (2023). *Your consent is not required: The rise in psychiatric detentions, forced treatment, and abusive guardianships*. BenBella Books.

Zetterberg, L., Sjöström, S. et Markström, U. (2014). The compliant court—Procedural fairness and social control in compulsory community care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 543–550. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.027>

Pour contacter les auteurs:

*Etienne Paradis-Gagné, inf., PhD,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal
2375 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine,
Montréal, Québec
H3T 1A8
etienne.paradis-gagne@umontreal.ca*

*Jean-Laurent Domingue, inf. Ph.D.
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa*

*Manouel Argod, inf.
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal*

3

Résumé

Cet article explore les relations entre l'éducation pour la santé et la promotion de la santé, en examinant leurs convergences et divergences à travers leurs contextes d'émergence, fondements conceptuels, approches et principes d'action. Une réflexion critique est ensuite menée autour de deux enjeux. Le premier, épistémologique, interroge la légitimité des savoirs devenant des contenus éducatifs, illustré par un exemple lié à la promotion du vieillissement en santé. Le second, éthique, examine la notion d'équité en santé. Cette réflexion montre que la santé communautaire offre des repères épistémologiques et éthiques pertinents pour réhabiliter les approches éducatives en promotion de la santé. En adoptant une vision centrée sur les déterminants sociaux, la participation active et l'équité, elle répond aux critiques souvent adressées à l'éducation pour la santé : son manque d'efficacité, sa tendance à culpabiliser les populations et sa faible prise en compte des enjeux d'équité. Enfin, la santé communautaire propose des pistes pour opérationnaliser l'universalisme proportionné en mobilisant le concept de littératie dans les interventions éducatives, afin de mieux cibler les inégalités sociales de santé.

Mots clés Éducation pour la santé; santé communautaire; promotion de la santé; équité

L'éducation pour la santé au prisme de la santé communautaire

ÉLODIE MONTAIGNE

Introduction

Plusieurs institutions, nationales ou internationales, associent fréquemment, dans leurs missions et parfois même dans leurs dénominations, les concepts de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (IUHPE, 2023; Santé publique France, 2023). Cette association semble témoigner d'un lien étroit et complémentaire entre ces deux domaines.

Cet article souhaite, dans une première partie, clarifier cette relation, en explorant les convergences et divergences de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Le contexte d'émergence de ces deux champs d'intervention en santé publique sera examiné, ainsi que leurs fondements, leurs influences mutuelles, et leurs principes d'action. La seconde partie proposera une réflexion critique autour de

deux enjeux, l'un épistémologique, l'autre éthique, liés à la mise en œuvre d'interventions d'éducation pour la santé dans une perspective de santé communautaire. L'enjeu épistémologique examiné portera sur la détermination des contenus éducatifs à transmettre et cherchera à identifier les conditions nécessaires au développement d'interventions éducatives dans cette perspective, illustré par l'exemple de l'éducation pour la santé des personnes âgées. L'enjeu éthique étudié traitera de la question de l'équité dans ces interventions.

Éducation et promotion de la santé : Définitions, évolution, relations

Origines et développement de l'éducation à la santé

Dans les pays occidentaux, l'éducation à la santé émerge vers la fin du XIXe siècle, au sein du courant de santé publique de l'hygiène individuelle (Fournier, 2003; Green, 1999; Pederson et al., 2017). À cette époque, bien que la révolution pasteurienne marque un tournant historique dans la lutte contre les maladies infectieuses, ces dernières demeurent

des problématiques exacerbées par l'industrialisation et l'urbanisation des populations (Green, 1999; Raimondeau & Carmona, 2020). La microbiologie permet de mettre en évidence la transmission hydrique, alimentaire ou vectorielle de certains agents infectieux, légitimant les mesures d'hygiène publique et d'assainissement des villes, que le sanitary movement défendait déjà (Fournier, 2003; Gaumer, 1995; Raimondeau & Carmona, 2020). Parallèlement, sous l'influence croissante de la sociologie, des enquêtes sociales établissent des liens explicatifs entre certains problèmes de santé prévalents dans la population et les habitudes de vie ou comportements des individus (Gaumer, 1995). Dans ce contexte, l'éducation sanitaire émerge en santé publique, comme une approche parallèle et distincte de l'approche environnementale (Green, 1999). Elle postule qu'il est possible de prévenir l'émergence et de freiner la propagation des maladies en informant les individus pour qu'ils appliquent les comportements sains en matière d'hygiène personnelle (Fournier, 2003 ; Green, 1999 ; Pederson et al., 2017).

À partir de la seconde moitié du XXe siècle, dans les pays occidentaux, la transition épidémiologique marque le déclin des maladies infectieuses au profit des pathologies non transmissibles (Pederson et al., 2017 ; Raimondeau et Carmona, 2020). La recherche fournit des preuves substantielles du rôle des comportements individuels et des habitudes de vie dans l'apparition de ces maladies de civilisation, renforçant ainsi la crédibilité et la légitimité de l'éducation à la santé. À cette période, les découvertes et progrès considérables apportés par la médecine confèrent au savoir médical une suprématie sur toutes les questions relatives à la santé publique (Raimondeau & Carmona, 2020). Dans cette approche biomédicale, les facteurs de risque individuels et les choix personnels d'habitudes de vie sont pointés comme des déterminants majeurs de la santé. Les interventions d'éducation à la santé, essentiellement communicationnelles, reposent alors sur la transmission d'informations médicales. L'objectif est d'encourager la conformité ou la compliance des individus aux normes comportementales attendues, selon un schéma prescriptif, calqué sur la pratique clinique (Bellamy, 2004; Green, 1999; Koelen & Van den Ban, 2023; Nutbeam, 2019; Pederson et al., 2017).

Émergence de la promotion de la santé

Cette approche traditionnelle de l'éducation à la santé est remise en cause durant les années 1970 et 1980. Le rapport Lalonde (1974) lui jette un premier discrédit, en montrant que la santé ne se limite pas aux facteurs biologiques et individuels, mais est également largement influencée par

les contextes sociaux et environnementaux dans lesquels vivent les individus. La santé est ainsi le produit de multiples déterminants sur lesquels les individus n'ont que peu d'emprise (Fournier, 2003 ; Lalonde, 1974). La nécessité d'une approche holistique de la santé est mise en évidence, invitant des solutions dépassant le seul cadre des services de santé (Koelen et Van den Ban, 2023 ; Pederson et al., 2017). Ainsi, en 1986, la charte d'Ottawa définit cinq stratégies pour intervenir en promotion de la santé : l'élaboration d'une politique publique saine ; la création de milieux favorables ; le renforcement de l'action communautaire ; l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 1986).

Retour à une conception environnementale de la santé publique pour certains, émergence d'un nouveau courant pour d'autres (Fournier, 2003 ; Green, 1999), il est unanimement admis que le rapport Lalonde, puis le courant de la promotion de la santé, ont généré un « changement de paradigme » (Nutbeam, 2019, p. 706), invitant la santé publique à s'émanciper de la tutelle médicale et à réhabiliter des approches écologiques et politiques dépassant le niveau individuel (Koelen et Van den Ban, 2023 ; Nutbeam, 2019). De plus, en affirmant la santé comme « une ressource », la charte d'Ottawa prend explicitement ses distances avec le modèle biomédical et sa conception pathogénique de la santé, en convoquant des approches salutogéniques qui chercheront à favoriser ce qui crée la santé, plutôt qu'à combattre ce qui la menace (Antonovsky, 1996; Morgan et al., 2010; Potvin & Jones, 2011; Woodall & Freeman, 2020).

Méthodologie

Éducation à la santé et promotion de la santé : Des liens ambivalents

Des divergences sont facilement identifiables entre l'éducation à la santé précédemment décrite et la promotion de la santé telle qu'elle émerge à cette époque.

Elles s'expriment d'abord à travers des relations très différentes à la discipline médicale, l'éducation à la santé s'étant développée à l'intérieur du cadre de la biomédecine, autour d'une conception pathogénique de la santé, tandis que la promotion de la santé naissante veut s'affranchir d'emblée de cette tutelle (Koelen et Van den Ban, 2023 ; Nutbeam, 2019).

De plus, la nature diversifiée et intersectorielle des principes d'action en promotion de la santé diffère de l'éducation à la santé qui mise principalement sur la communication et la transmission unidirectionnelle d'informations vers les individus, dans l'intention d'influencer leurs comportements.

Les moyens et le champ d'action en promotion de la santé semblent donc bien plus vastes et innovants qu'en éducation à la santé (Koelen et Van den Ban, 2023 ; Potvin et Jones, 2011). Nutbeam (2019, p. 706) évoque d'ailleurs une éducation à la santé ringardisée par une promotion de la santé « cool, nouvelle et excitante ».

Ajoutant à la remise en cause de l'éducation à la santé, au début des années 1980, des études montrent son efficacité limitée sur les comportements relevant des habitudes de vie (Ajzen & Fishbein, 1980; Green et al., 1980). Si les campagnes d'éducation des années 1960-1970 ont réussi à favoriser l'adoption de comportements simples, par exemple le recours à la vaccination, on prend conscience que des comportements « plus complexes », sont difficiles à modifier (Green & Kreuter, 2005, p. 13; Koelen & Van den Ban, 2023). Des études apportent toutefois des preuves de l'efficacité des interventions d'éducation du patient, chez des personnes atteintes de pathologies chroniques (Green et Kreuter, 2005). Mais en amont de la maladie, donner de l'information se révèle insuffisant pour modifier les habitudes de vie (Green & Kreuter, 2005; Rootman & O'Neill, 2017). La promotion de la santé s'impose alors comme une voie prometteuse : puisque les individus, même informés sur les risques, n'adoptent pas les comportements favorables à leur santé, des interventions différentes vont être expérimentées, ciblant l'environnement physique et social, déployées en combinaison avec des mesures de politique publique. Il s'agit de faire en sorte que « le choix le plus sain soit le choix le plus facile » (Milio, 1981).

Ces divergences pourraient laisser penser que, dans une certaine mesure, la promotion de la santé s'est façonnée en réaction aux insuffisances de l'éducation à la santé, en proposant des approches sinon contraires, tout du moins différentes. D'ailleurs, Nutbeam (2019) relève l'absence de « l'éducation à la santé » comme principe d'action dans la charte d'Ottawa. Selon lui, sans qu'on puisse affirmer qu'il s'agisse d'une omission intentionnelle, ce constat semble attester d'une prise de distance de la promotion de la santé vis-à-vis de l'éducation à la santé. Il souligne toutefois l'emploi de certaines expressions indiquant que des approches éducationnelles et informationnelles sont légitimes en promotion de la santé. En effet, la stratégie d'intervention consistant à favoriser l'acquisition d'« aptitudes individuelles » affirme la nécessité d'informer les individus, de leur donner l'opportunité « d'apprendre pendant toute leur vie », et ainsi de développer ou maintenir des compétences pour « exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé », dans une approche d'« éducation pour la santé » (OMS, 1986). On

remarque qu'il ne s'agit plus ici d'éduquer à la santé, mais pour la santé, ce qui semble traduire une mise à distance des méthodes éducatives traditionnelles envisageant la santé comme une science, soit un corpus de connaissances, au profit de méthodes plus variées, se fixant la santé comme finalité.

Ainsi, dès son émergence en 1986, la promotion de la santé semble entretenir une certaine tension vis-à-vis de l'éducation à la santé, oscillant entre son rejet et l'intégration de certains éléments éducationnels dans une stratégie d'action plus large. Cette « relation ambivalente » semble avoir perduré, et tient, selon Van den Broucke (2014, p. 597), à la place controversée, au sein de la promotion de la santé, des approches ciblant les changements de comportements, dans un contexte plus large de débats opposant, encore aujourd'hui, approches individualistes et structurelles (Woodall & Freeman, 2020).

Néanmoins, plusieurs auteurs proposent des définitions de la promotion de la santé intégrant explicitement l'éducation à la santé comme une approche essentielle (Green et al., 1980; Rootman & O'Neill, 2017).

Vers l'éducation pour la santé contemporaine

Malgré les critiques qu'elle suscite, l'éducation pour la santé va continuer à exister, mais sous une forme nouvelle, et en étant davantage considérée comme l'une des approches possibles en promotion de la santé. Contrairement à la période pré-Ottawa, il est désormais impossible d'ignorer que les comportements liés à la santé ne sont pas réductibles à une simple question de choix individuels, et donc que leur étude convoque une pluralité disciplinaire (Lecordier & Pegon, 2012; Rootman & O'Neill, 2017).

Une recherche prolifique va alors tenter de comprendre et de prédire les comportements liés à la santé, afin d'identifier des stratégies pour les modifier (Gauvin & Bélanger-Gravel, 2017; Godin, 2012; Koelen & Van den Ban, 2023). De nombreuses théories et modèles vont ainsi émerger, sous l'influence des sciences humaines et sociales et des sciences de la santé qui, elles aussi, investissent le terrain de l'éducation pour la santé (Lecordier et Pegon, 2012).

Plusieurs définitions contemporaines de l'éducation pour la santé sont proposées. L'OMS (1998, p. 4) la décrit comme « la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés

». Green et Kreuter (2005, p. 506) la définissent comme « toute combinaison planifiée d'expériences d'apprentissage conçues pour prédisposer, permettre et renforcer un comportement volontaire favorable à la santé chez les individus, les groupes ou les communautés ». Plus récemment, Nutbeam et Muscat (2021, p. 1589) proposent cette définition : « L'éducation à la santé est une combinaison d'expériences d'apprentissage conçues pour aider les individus et les communautés à améliorer leur santé en augmentant les connaissances, en influençant la motivation et en améliorant la littératie en santé ».

La convergence de ces différentes propositions est remarquable sur plusieurs éléments essentiels, qui constituent des points d'ancrage de l'éducation pour la santé aux fondements et principes d'action de la promotion de la santé. D'abord, le nécessaire recours à un ensemble d'actions planifiées et combinées est mis en avant, à l'instar des définitions de la promotion de la santé présentées précédemment (Green et Kreuter, 2005 ; Rootman et O'Neill, 2017). L'éducation pour la santé implique donc désormais des interventions programmées, plus complexes que la seule transmission d'informations. Ensuite, comme la promotion de la santé, elle se déploie à divers niveaux : individuel, communautaire, organisationnel, sociétal (Green et Kreuter, 2005 ; Rootman et O'Neill, 2017), bien que certains estiment que l'éducation pour la santé cible le niveau individuel tandis que les niveaux collectifs ou communautaires relèvent de la promotion de la santé (Koelen & Van den Ban, 2023; Sharma, 2021; Whitehead, 2004). Enfin, ces définitions témoignent d'un souci de rejeter toute forme de coercition envers la population. Il s'agit en effet d'agir pour rendre les individus et les communautés compétents pour qu'ils choisissent volontairement de saines habitudes, et non plus de les persuader. Cette approche semble converger vers celle de la promotion de la santé, qui veut donner « aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986). Cependant, certains chercheurs en santé publique, fortement ancrés dans les approches socio-comportementales opposent éducation et promotion sur ce point, arguant que cette dernière utilise des approches environnementales et légales parfois contraignantes ou impopulaires chez les individus, afin de les contraindre à adopter certains comportements (Sharma, 2021).

Ainsi, les fondements et principes d'action de l'éducation pour la santé ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies, façonnés, d'une part, par plusieurs disciplines concourant à la compréhension des changements de comportements liés à la santé, et d'autre part, par la promotion de la santé qui, selon certains, a permis sa « résurrection et [sa] réinvention » (Tones et Green in Rootman et O'Neill, 2017, p. 29).

Selon Nutbeam (2019), c'est surtout l'émergence du concept de littératie en santé qui a réhabilité l'éducation pour la santé. En effet, en 2016, la déclaration de Shanghai (OMS, 2016) reconnaît la littératie en santé comme un important déterminant de la santé, et convoque des interventions éducatives visant à l'augmenter, afin de promouvoir la santé en tenant compte des enjeux mondiaux de globalisation et de communication de masse.

Par conséquent, aujourd'hui, il est communément admis que l'éducation pour la santé constitue « une stratégie d'action à l'intérieur du champ plus vaste de la promotion de la santé » (Nutbeam, 2019 ; Rootman et O'Neill, 2017). C'est cette posture qui sera retenue dans les sections suivantes, qui discuteront de deux enjeux, l'un épistémologique, et l'autre éthique, soulevés par la mise en œuvre d'interventions éducatives en promotion de la santé, dans une perspective de santé communautaire.

Éduquer pour la santé : que transmettre dans une perspective de santé communautaire ?

Un défi épistémologique clé pour l'éducation pour la santé réside dans le choix des contenus à transmettre. Quelles compétences et connaissances sont nécessaires pour favoriser la santé d'une population ? Qui devrait évaluer leur pertinence ? Et quelles particularités doivent être prises en compte lorsqu'on adopte une approche de santé communautaire ?

Accueillir la subjectivité pour élaborer des messages pertinents

Comme mentionné précédemment, grâce à l'intégration de différentes disciplines et à l'influence de la promotion de la santé, l'éducation à la santé a évolué vers des approches moins prescriptives, mais demeurant « persuasives » (Koelen & Van den Ban, 2023, p. 31).

Cette transition a été favorisée par la reconnaissance de la complexité des facteurs qui influencent les comportements liés à la santé. Tout d'abord, il est apparu que la santé n'était pas toujours le principal moteur des choix de mode de vie des individus. En effet, pour Gaston Godin (2012, p. 7) si « un comportement lié à la santé est une action faite par un individu et ayant une influence positive ou négative sur la santé », les motivations sous-jacentes à l'adoption ou à l'abandon de ce comportement peuvent être totalement indépendantes de la santé elle-même. Ainsi, l'éducation pour la santé ne peut résider dans la présentation des bienfaits ou des méfaits d'un comportement sur la santé, selon une vision purement sanitaire, mais doit prendre en considération une multitude de déterminants comportementaux individuels et contextuels, tels que la motivation, le sentiment d'auto-efficacité, les conditions économiques, les influences sociales,

l'environnement de vie et de travail, etc. Une approche « sociale et culturelle des comportements liés à la santé » est alors requise (Godin, 2012, p. 8). En outre, pour Koelen et Van den Ban (2023, p. 32), « l'information ne tombe pas dans des esprits vides ». Il est essentiel de reconnaître que les individus ne sont pas de simples réceptacles d'informations, mais des êtres dotés d'expériences, de connaissances, de valeurs et de représentations propres qui influent sur la manière dont ils assimilent et interprètent les informations qui leur sont présentées.

Cette complexité des facteurs influençant l'adoption de comportements amène à considérer davantage les éléments expérientiels et subjectifs dans les interventions d'éducation pour la santé, et à privilégier l'utilisation de méthodes participatives, qui favoriseront l'intégration de la diversité des perspectives des populations et des communautés concernées. Elle remet également en question le modèle traditionnel d'éducation à la santé reposant sur la transmission unidirectionnelle du savoir par des experts aux profanes (Koelen et Van den Ban, 2023).

On rejoint ici la vision de la santé communautaire défendue par Vonarx et Desgroseilliers (2016), qui accorde une place primordiale à la subjectivité des personnes et des communautés ciblées. Cette proposition invite les interventions à s'affranchir d'une vision pathogénique de la santé, selon laquelle, dans une logique déterministe, les facteurs de risque, parmi lesquels les comportements et habitudes de vie, mènent inévitablement à la maladie (Canguilhem, 2013; Vonarx & Desgroseilliers, 2016). La santé communautaire porte à envisager les déterminants de la santé « sous l'angle de conditions d'existence qui participent (et non pas déterminent ou influencent) à une santé qui n'est pas déterminable parce que relative à une contingence » (Vonarx et Desgroseilliers, 2016, p. 17). Cette contingence est largement liée à la subjectivité des êtres humains, qui ne se conforment pas inexorablement aux trajectoires que leur prédit la science, et qui peuvent, mus par le désir de donner du sens à leur vie, décider de leurs modes de vie en s'affranchissant des normes imposées, même si les actes qui en découlent semblent dénués de rationalité aux yeux des experts / éducateurs pour la santé (Gauvin & Bélanger-Gravel, 2017; Kelly & Barker, 2016; Vonarx & Desgroseilliers, 2016).

La santé communautaire reconnaît également la légitimité du savoir expérientiel du « sujet-connaissant », pour définir et concevoir la santé, à travers une activité normative, dans laquelle il fixe lui-même ses objectifs et critères de santé (Canguilhem, 2013 ; Vonarx et Desgroseilliers, 2016). Par le partage et la mise en commun de leurs perceptions de la santé, des individus vont converger vers une « subjectivité

communautaire », pour faire exister « des « Je » dans un « Nous » », et ainsi, définir collectivement leur santé (Morin, 2008 cité dans Vonarx & Desgroseilliers, 2016, p. 20).

On en déduit que l'éducation pour la santé peut s'inscrire dans une perspective de santé communautaire en adoptant, selon une approche constructiviste, des méthodes participatives, dans lesquelles les connaissances et compétences transmises doivent pouvoir soutenir l'atteinte d'une santé définie selon les « normes subjectives » des communautés ciblées (Vonarx et Desgroseilliers, 2016, p. 18).

Pour Jourdan et al. (2012, p. 169), l'utilisation de méthodes participatives dès « l'analyse des besoins » est essentielle dans toute démarche de santé communautaire. Cette approche rejette toute démarche unilatérale d'objectivation des besoins par l'expert, selon une logique positiviste. Elle privilégie une problématisation orientée par ce que valorisent les communautés concernées dans leur conception de la santé, en portant le regard sur les réalités locales de ces communautés (Jourdan et al., 2012).

Si la santé communautaire n'a pas le monopole des approches participatives, leur mise en œuvre dans ce cadre, pour permettre une définition de la santé et une problématisation subjectives, exige qu'elles poursuivent un objectif de justice épistémique. Elles requièrent donc une implication totale des communautés concernées, dépassant largement un rôle simplement consultatif (Cargo & Mercer, 2008). L'éducation pour la santé, dans cette perspective, visera à transmettre un « savoir démocratisé », à travers des messages aptes à promouvoir une santé qui a du sens pour celles et ceux qui la vivent (Hall & Tandon, 2017, p. 6). Ces questionnements épistémologiques, appliqués à la promotion du vieillissement en santé, permettent de dégager des pistes pertinentes pour la mise en œuvre d'intervention d'éducation pour la santé dans une perspective de santé communautaire.

Vieillesse et éducation pour la santé

Dans le domaine du vieillissement, c'est initialement la conception gériatrique de la santé, pathogénique et fonctionnelle, qui a majoritairement guidé les interventions d'éducation et de promotion de la santé (Barr et al., 2003; Min & Shekelle, 2012).

Une recherche prolifique a mis en évidence une multitude de déterminants comportementaux influençant la santé lors du vieillissement, jouant des rôles de facteurs de risque ou de protection contre les maladies chroniques, dont la prévalence augmente avec l'âge, et contre les syndromes gériatriques associés au déclin fonctionnel (Abud et al., 2022; Peel et al., 2005; Potkanowicz et al., 2009; Prince et al., 2015).

Ces découvertes ont engendré divers modèles du “bien vieillir” ou du “vieillissement réussi” qui ont inspiré les programmes d’éducation pour la santé (P. B. Baltes & Baltes, 1990; Gangbè & Ducharme, 2006; Rowe & Kahn, 1997). Bien que ces modèles présentent des nuances, tous mettent en avant les déterminants comportementaux individuels de la santé des personnes âgées, et sont proposés par des experts cherchant à définir des critères objectifs de mesure du vieillissement en santé, applicables à l’ensemble de la population âgée.

Parmi ces modèles, celui de la fragilité, proposé par la gériatre et épidémiologiste Linda Fried (2001), est devenu dominant. Il décrit un état de vulnérabilité accrue face à différents problèmes de santé, susceptibles de précipiter un déclin fonctionnel. La réversibilité de la fragilité légitime sa détection précoce chez les personnes âgées pour mettre en place des interventions préventives et éducatives ciblées (Fried et al., 2001; Gore et al., 2018; Mudge & Hubbard, 2018).

Dans ce contexte, l’éducation pour la santé vise à promouvoir des comportements protecteurs pour retarder l’apparition des maladies chroniques et des incapacités fonctionnelles (Estebansari et al., 2014; McGuire et al., 2005; Shirani et al., 2019). On remarque qu’une grande partie des interventions reposent sur l’implication d’un ou plusieurs éducateurs professionnels, souvent des infirmiers, qui dispensent des enseignements aux personnes âgées (Bennett et al., 2005; Estebansari et al., 2014; Shirani et al., 2019; Tavakkoli Oskuei et al., 2022).

Cependant, certains chercheurs ont remis en question l’approche ciblée de la fragilité, arguant qu’elle limite les interventions à une minorité de personnes âgées (Friedman et al., 2015). D’autres contestent le caractère prescriptif des interventions basées sur ce concept et préconisent plutôt des approches participatives de “co-conception” avec les personnes âgées, intégrant leur perspective, pour une plus grande pertinence et efficacité des programmes d’éducation pour la santé (Frost et al., 2017, p. 12-13; Mudge & Hubbard, 2018). Par conséquent, l’éducation pour la santé visant à soutenir le vieillissement en santé se trouve confrontée à cet enjeu épistémologique de définition de contenus pertinents pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées, et donc pour gagner en efficacité. Il est désormais manifeste que la perspective des personnes âgées doit être prise en compte dès la conception des interventions éducatives, ce qui justifie l’adoption d’une approche de santé communautaire.

D’ailleurs, les attentes et les perceptions de la santé chez les personnes âgées constituent aujourd’hui des objets de recherche. Il est évident que la population des personnes de 65 ans et plus ne peut être considérée comme un seul groupe

homogène. Toutefois, ces études qualitatives s’avèrent utiles pour dégager des tendances, et pour confirmer les limites des approches traditionnelles décrites précédemment. D’abord, l’absence de corrélation entre l’état de santé perçu et la présence, l’absence ou le nombre de maladies chroniques souligne que les approches pathogéniques ne font pas sens pour les personnes âgées, et donc, ne répondent que partiellement à leurs besoins (Song & Kong, 2015; Tkatch et al., 2017). Ces dernières valorisent davantage les dimensions sociales et psychologiques de la santé, que la dimension physique (Tkatch et al., 2017). De plus, les activités de loisirs contribuent significativement à leur bien-être (Nivestam et al., 2023). Enfin, ces études ont fait émerger de nouveaux déterminants de la santé qui ont du sens pour les personnes âgées, tels que la participation sociale, ou encore l’apprentissage continu tout au long de la vie (Abud et al., 2022; Narushima et al., 2018; Nivestam et al., 2023).

Il en découle que l’éducation pour la santé destinée aux personnes âgées, afin d’intégrer ces diverses considérations subjectives, doit englober un éventail d’interventions beaucoup plus large que la simple promotion de comportements jugés sains. Les personnes âgées semblent avoir des attentes en matière de santé qui ne résident pas dans l’acquisition de connaissances visant à prévenir les maladies. En conséquence, l’éducation pour la santé, adoptant une perspective de santé communautaire, s’écartera du paradigme pathogénique et des logiques réductionnistes qui restreignent la santé à certains paramètres cliniques, afin d’embrasser d’autres dimensions traditionnellement négligées par la médecine, notamment la dimension sociale.

Les interventions pourraient également mieux répondre aux besoins des personnes âgées en utilisant des méthodes ludiques, qui rejoignent leur intérêt pour les activités de loisirs, ou encore en leur offrant la possibilité d’acquérir de nouvelles compétences pour favoriser l’apprentissage tout au long de la vie. Il est important de souligner que ce dernier point ouvre la voie à l’utilisation des nouvelles technologies en éducation pour la santé des personnes âgées. Certains auteurs défendent d’ailleurs cette idée, arguant que les personnes âgées apprécient de bénéficier de la double opportunité de développer des compétences numériques tout en acquérant des aptitudes pour améliorer leur santé. Selon eux, de telles interventions, en contradiction avec l’idée répandue affirmant que les personnes âgées sont incapables de maîtriser ou de s’intéresser à ces technologies, doivent résulter d’une approche participative et d’une co-conception impliquant les communautés ciblées (Gkouskos & Burgos, 2017).

L'équité comme impératif pour l'éducation en santé communautaire

L'équité est une valeur phare en promotion de la santé, qui a pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé (OMS, 1986, 1998 ; Rootman et O'Neill, 2017). Cette notion d'équité constitue un point de convergence entre la promotion de la santé et la santé communautaire. En effet, selon certains auteurs, cette dernière se distingue de la santé publique notamment par l'attention spécifique qu'elle porte aux populations désavantagées ou vulnérables, plus durement affectées par les inégalités sociales de santé, dans une optique de justice sociale (Jourdan et al., 2012 ; Vonarx et Desgroseilliers, 2016). Ainsi, l'éducation pour la santé, inscrite dans le domaine de la promotion de la santé, et dans une perspective de santé communautaire, devrait proposer des interventions explicitement axées sur l'équité.

Quelle place pour l'équité dans les interventions d'éducation pour la santé ?

Pourtant, il est frappant de constater que les évaluations d'interventions d'éducation pour la santé n'accordent peu, voire aucune importance aux questions d'équité. En effet, leur efficacité est principalement évaluée au moyen de paramètres individuels, tels que le niveau de connaissance, la santé perçue, ou le niveau d'engagement dans les comportements cibles, mesurés avant et après l'exposition à l'intervention éducative (Cusack et al., 2018; Estebansari et al., 2014; Shirani et al., 2019; Tavakkoli Oskuei et al., 2022). Bien que des données socio-démographiques soient collectées pour décrire la population étudiée, aucune analyse différenciée n'est généralement effectuée pour comparer l'efficacité d'une même intervention sur des sous-groupes présentant des profils socio-économiques ou éducatifs différents.

Potvin et al (2007, p. 369) dénoncent cette négligence de la dimension d'équité dans les évaluations des interventions de promotion de la santé en général, qui se limitent à des critères d'évaluation « d'efficacité ». Ils soulignent que bien que certains auteurs brandissent le terme d'équité dans leurs écrits, ils n'apportent aucune contribution à la réduction des inégalités de santé. Cette lacune dans l'évaluation de l'impact des interventions sur les inégalités de santé tiendrait à la « nature subjective de la notion l'équité », qui la rend difficile à opérationnaliser ou à mesurer (Potvin et al., 2007, p. 371). En outre, plusieurs considérations idéologiques de chercheurs à l'égard de ce concept d'équité seraient aussi en cause. Certains percevraient l'iniquité comme « naturelle », telle une fatalité implacable, et chercher à la réduire relèverait de l'utopie (Potvin et al., 2007, p. 369). D'autres jugeraient éthiquement inacceptable d'élaborer des interventions ciblant uniquement les populations désavantagées, invoquant une «

discrimination positive » (Potvin et al., 2007, p. 371).

Quels impacts sur l'équité ont les interventions d'éducation pour la santé ?

Plus préoccupant, les interventions de promotion ou d'éducation pour la santé pourraient avoir comme conséquence non intentionnelle d'entretenir, voire de majorer des inégalités sociales de santé préexistantes, en offrant plus de bienfaits aux populations préalablement avantagées sur le plan de la santé (Frohlich & Potvin, 2008; Lorenc et al., 2013). Les interventions d'éducation pour la santé menées à l'échelle populationnelle, telles que les campagnes de communication médiatiques, seraient particulièrement concernées (Lorenc et al., 2013). Frohlich et Potvin (2008) ont mis en évidence les causes de ce « paradoxe de l'iniquité », où les interventions de santé publique basées sur l'approche populationnelle (Rose, 1992) ont pour effet non souhaité d'exacerber certaines inégalités de santé. Elles citent l'exemple des campagnes anti-tabac qui, bien que poursuivant l'objectif légitime d'attaquer des normes sociétales préjudiciables pour la santé de la population, profitent davantage aux sous-groupes qui ne vont pas rencontrer d'obstacles pour accéder et utiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre des comportements préconisés. Or ces populations présentent déjà au préalable un meilleur état de santé, en raison de déterminants sociaux favorables. À l'inverse, les populations vulnérables, cumulant plusieurs facteurs de risque au cours de leur vie, bien que recevant les mêmes messages, ne seront pas en mesure de les recevoir et de les utiliser de la même manière, en raison d'obstacles contextuels, notamment d'ordre culturel, social, et économique.

Il pourrait alors sembler logique de préférer des approches ciblant les populations désavantagées, afin de leur offrir préférentiellement des interventions d'éducation pour la santé visant à réduire les inégalités qui les affectent. Toutefois, Massé et Williams-Jones (2012, p. 247) soulignent qu'une approche ciblée, surtout lorsqu'elle est déployée dans le domaine des habitudes de vie et des comportements, soit, le cœur des interventions d'éducation pour la santé, comporte certains risques sur le plan éthique. En effet, cette approche peut majorer l'étiquetage social des populations visées par ces interventions, alors que cet étiquetage est déjà fortement prégnant lorsqu'on se situe dans le champ des habitudes de vie et des comportements (Massé, 2003). Une dimension de jugement moral apparaît ici, à l'égard des populations n'adoptant pas les comportements escomptés, auxquelles on impute la culpabilité de leur santé défaillante. Ce phénomène, consistant à blâmer les personnes expérimentant des problématiques de santé, a été mis en évidence sous l'expression de « Victim-blaming » (Crawford, 1977). Le risque est d'induire une stigmatisation et une discrimination sociale

de certaines populations pourtant déjà désavantagées, ce qui contrevient au principe de justice sociale, donc d'équité (Massé, 2003; Massé & Williams-Jones, 2012).

Développer des interventions d'éducation pour la santé selon l'approche de l'universalisme proportionné pourrait alors constituer une voie alternative, permettant d'agir dans une optique d'équité tout en évitant les écueils des approches ciblées ou populationnelles. Défini par Guichard et Dupéré (2020, p. 127) comme une « démarche mixte (universelle/ciblée) », l'universalisme proportionné propose d'élaborer des interventions de santé publique à destination de l'ensemble de la population, en prévoyant des mesures complémentaires spécifiques pour accroître leurs bienfaits pour les populations vulnérables ou désavantagées. Cependant, cette approche alternative se révèle difficile à mettre en œuvre, avec des questions éthiques et méthodologiques demeurant complexes à résoudre. Par exemple, l'identification des populations devant bénéficier des mesures de proportionnalité est compliquée sans retomber dans les risques d'étiquetage (Francis-Oliviero et al., 2020; Guichard & Dupéré, 2020).

La littératie en santé, une piste de solution ?

Le concept de littératie en santé a contribué, ces dernières années, à revaloriser les approches d'éducation pour la santé, en les dotant d'un meilleur outillage pour appréhender l'équité (Nutbeam, 2019; OMS, 2016). Bien que définie de multiples façons (Sørensen et al., 2012), la littératie en santé est un sous-domaine de la littératie, regroupant « les compétences qui permettent aux individus d'obtenir, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser des informations pour prendre des décisions et des mesures qui auront un impact sur leur état de santé » (Nutbeam & Lloyd, 2021, p. 161).

Les populations présentant de faibles niveaux de littératie sont fréquemment affectées par différents déterminants sociaux de la santé défavorables, et sont donc difficiles à rejoindre avec des interventions d'éducation pour la santé, ou susceptibles d'en tirer moins de profit. Toutefois, des interventions éducatives appropriées peuvent augmenter le niveau de littératie d'une population. Ainsi, la littératie en santé apparaît comme un déterminant moins statique que les déterminants sociaux « classiques », tels que le statut économique, ou les caractéristiques sociales, et peut-être moins vecteur de stigmatisation, car moins repérable dans la population.

Par conséquent, proposer des interventions éducatives spécifiques et graduelles aux populations présentant de faibles niveaux de littératie pourrait constituer une modalité

de mise en œuvre de l'universalisme proportionné. En effet, ces populations pourraient ensuite, grâce à une littératie améliorée, davantage tirer profit des interventions éducatives destinées à l'ensemble de la population (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Il convient toutefois de veiller à ce que la littératie en santé ne soit pas instrumentalisée pour justifier le recours exclusif à des interventions éducatives, au détriment d'actions socio-environnementales. Bien que probablement plus coûteuses politiquement et financièrement, ces actions complémentaires demeurent indispensables pour agir sur les causes structurelles des inégalités sociales de santé, ce d'autant plus que la littératie en santé est elle-même influencée par des facteurs contextuels et ne saurait être réduite à sa seule dimension individuelle (Nutbeam & Lloyd, 2021). Pour cette raison, selon Nutbeam (2019, p. 708), l'éducation pour la santé centrée sur la notion de littératie, doit demeurer dans le champ plus vaste de la promotion de la santé, afin d'être combinée à des actions qui auront plus d'impact sur l'équité, telles que « le plaidoyer politique » et « la mobilisation sociale ». On rejoint ici la santé communautaire telle que proposée par Vonarx et Desgroseilliers (2016, p. 20), qui doit accueillir et même favoriser l'expression d'une certaine pensée contestataire, née de la « subjectivité communautaire » désireuse de « se faire entendre ».

Conclusion

Aujourd'hui située au cœur du champ, plus vaste, de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé a connu des transformations significatives, et demeure une approche pertinente, en combinaison avec d'autres stratégies, pour aider les populations à maintenir ou améliorer leur santé.

La santé communautaire offre des repères épistémologiques et éthiques intéressants pour élaborer des interventions d'éducation pour la santé répondant aux besoins de santé contemporains complexes, et intégrant les contextes et les réalités variés dans lesquels vivent ces populations. Les méthodes participatives constituent une voie prometteuse pour ces interventions, pourvu qu'elles soutiennent le plein engagement et la prise en compte de la subjectivité des communautés auxquelles elles s'adressent. Enfin, la littératie en santé peut guider la mise en œuvre d'interventions proportionnelles aux besoins des différents sous-groupes de la population, pour rejoindre, dans une optique d'équité, les communautés les plus désavantagées.

Références

- Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing : A systematic review of contemporary literature. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(6), 1215-1223. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion1. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging : The model of selective optimization with compensation. In M. M. Baltes & P. B. Baltes (Éds.), *Successful Aging : Perspectives from the Behavioral Sciences* (p. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model : An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>
- Bellamy, R. (2004). An introduction to patient education : Theory and practice. *Medical Teacher*, 26(4), 359-365. <https://doi.org/10.1080/01421590410001679398>
- Bennett, J. A., Perrin, N. A., Hanson, G., Bennett, D., Gaynor, W., Flaherty-Robb, M., Joseph, C., Butterworth, S., & Potempa, K. (2005). Healthy aging demonstration project : Nurse coaching for behavior change in older adults. *Research in Nursing & Health*, 28(3), 187-197. <https://doi.org/10.1002/nur.20077>
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. In *Quadrige*. Presses Universitaires de France.
- Cargo, M., & Mercer, S. L. (2008). The Value and Challenges of Participatory Research : Strengthening Its Practice. *Annual Review of Public Health*, 29(1), 325-350. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824>
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health : The ideology and politics of victim blaming. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 7(4), 663-680.
- Cusack, L., Del Mar, C. B., Chalmers, I., Gibson, E., & Hoffmann, T. C. (2018). Educational interventions to improve people's understanding of key concepts in assessing the effects of health interventions : A systematic review. *Systematic Reviews*, 7(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0719-4>
- Estebsari, F., Taghdisi, M. H., Rahimi Foroushani, A., Eftekhari Ardebili, H., & Shojaeizadeh, D. (2014). An Educational Program Based on the Successful Aging Approach on Health-Promoting Behaviors in the Elderly : A Clinical Trial Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(4), e16314. <https://doi.org/10.5812/ircmj.16314>
- Fournier, P. (2003). L'art et la science de la santé publique. In P. Gérin, S. Gosselin, C. Cordier, P. Viau, E. Quénel, & E. Dewailly, *Environnement et santé publique : Fondements et pratiques* (p. 39-57). Edisem / Tec & Doc, Acton Vale.
- Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittwer, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate universalism : A review. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44(110), 1-11. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.110>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults : Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), M146-M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Friedman, S. M., Shah, K., & Hall, W. J. (2015). Failing to Focus on Healthy Aging : A Frailty of Our Discipline? *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(7), 1459-1462. <https://doi.org/10.1111/jgs.13512>
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the Known in Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216-221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>
- Frost, R., Belk, C., Jovicic, A., Ricciardi, F., Kharicha, K., Gardner, B., Iliffe, S., Goodman, C., Manthorpe, J., Drennan, V. M., & Walters, K. (2017). Health promotion interventions for community-dwelling older people with mild or pre-frailty : A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 17(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0547-8>
- Gangbè, M., & Ducharme, F. (2006). Le « bien vieillir » : Concepts et modèles. *médecine/sciences*, 22(3), Article 3. <https://doi.org/10.1051/medsci/2006223297>

Gaumer, B. (1995). Evolution du concept de santé publique dans quelques pays industrialisés du bloc occidental de la fin du XVIIIe siècle aux années 1970. *RUPTURES: REVUE TRANSDISCIPLINAIRE EN SANTE*, 2(1), 37-55. <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&dt=6357865>

Gauvin, L., & Bélanger-Gravel, A. (2017). Behavioural Theories and Building Health Promotion Interventions: Persistent Challenges and Emerging Perspectives. In I. Rootman & A. Pederson, *Health Promotion in Canada: New Perspectives on Theory, Practice, Policy, and Research* (p. 67-83). Canadian Scholars.

Gkouskos, D., & Burgos, J. (2017). I'm in! Towards participatory healthcare of elderly through IOT. *Procedia Computer Science, The 8th International Conference on Emerging Ubiquitous Systems and Pervasive Networks (EUSPN 2017) / The 7th International Conference on Current and Future Trends of Information and Communication Technologies in Healthcare (ICTH-2017) / Affiliated Workshops*, 113, 647-652. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.08.325>

Godin, G. (2012). Les comportements dans le domaine de la santé. Presses de l'Université de Montréal. JSTOR.

Gore, P. G., Kingston, A., Johnson, G. R., Kirkwood, T. B. L., & Jagger, C. (2018). New horizons in the compression of functional decline. *Age and Ageing*, 47(6), 764-768. <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFY145>

Green, L. W. (1999). Health Education's Contributions to Public Health in the Twentieth Century: A Glimpse Through Health Promotion's Rear-View Mirror. *Annual Review of Public Health*, 20(1), 67-88. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.20.1.67>

Green, L. W., Kreuter, M., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). Health education planning: A diagnostic approach. In *Health education planning: A diagnostic approach* (p. 306-306).

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed). McGraw-Hill.

Guichard, A., & Dupéré, S. (2020). Approches pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw, *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (2nd éd.). Presses de l'EHESP.

Hall, B. L., & Tandon, R. (2017). Decolonization of knowledge, epistemicide, participatory research and higher education. <https://doi.org/10.18546/RFA.01.1.02>

IUHPE. (2023). IUHPE 2024 Homepage. IUHPE 2024. <https://iuhpeconferences24.umed.pl/>

Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire? *Santé Publique*, 24(2), 165-178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>

Kelly, M. P., & Barker, M. (2016). Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health*, 136, 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.03.030>

Koelen, M. A., & Van den Ban, A. W. (2023). *Health education and health promotion* (2nd éd.). Wageningen Academic Publishers.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Minister of Supply and Services Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Lecordier, D., & Pegon, M. (2012). Éducation pour la santé. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 160-162). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0160>

Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V., & Tugwell, P. (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*, 67(2), 190-193. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201257>

Massé, R. (2003). *Ethique et santé publique*. Presses de l'Université Laval.

Massé, R., & Williams-Jones, B. (2012). Ethical Dilemmas in Health Promotion Practice. In I. Rootman, S. Dupéré, A. Pederson, & M. O'Neill, *Health Promotion in Canada: Lessons from Practice* (3rd éd.). CSPI.

McGuire, S. L., Klein, D. A., & Couper, D. (2005). Aging Education: A National Imperative. *Educational Gerontology*, 31(6), 443-460. <https://doi.org/10.1080/03601270590928170>

Milio, N. (1981). *Promoting health through public policy*. Davis.

Min, L., & Shekelle, P. (2012). Wanted: A FRAME for staging functional decline in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(11), 2167-2168. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04215.x>

Morgan, A., Davies, M., & Ziglio, E. (2010). *Health Assets in a Global Context. Theory, Methods, Action*. Springer.

- Mudge, A. M., & Hubbard, R. E. (2018). Frailty : Mind the gap. *Age and Ageing*, 47(4), 508-511. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx193>
- Narushima, M., Liu, J., & Diestelkamp, N. (2018). I Learn, Therefore I am : A Phenomenological Analysis of Meanings of Lifelong Learning for Vulnerable Older Adults. *The Gerontologist*, 58(4), 696-705. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx044>
- Nivestam, A., Westergren, A., & Haak, M. (2023). What makes older adults feel good? *Aging Clinical and Experimental Research*, 35(6), 1195-1203. <https://doi.org/10.1007/s40520-023-02387-x>
- Nutbeam, D. (2019). Health education and health promotion revisited. *Health Education Journal*, 78(6), 705-709. <https://doi.org/10.1177/0017896918770215>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*, 42(1), 159-173. <https://nursing.jhu.edu/wp-content/uploads/excellence/community/global-center/documents/research-articles/Understanding%20and%20Responding%20to%20Health%20Literacy%20as%20a%20Social%20Determinant%20of%20Health.pdf>
- Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, 36(6), 1578-1598. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1986). La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Organisation mondiale pour la santé. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1998). Health promotion glossary (p. 24). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for sustainable Development. Organisation mondiale pour la santé. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5>
- Pederson, A., Rootman, I., Frohlich, K. L., Dupéré, S., & O'Neill, M. (2017). The Continuing Evolution of Health Promotion in Canada. In I. Rootman & A. Pederson, *Health Promotion in Canada : New perspectives on theory, practice, policy and research* (4th éd., p. 3-19). Canadian Scholars.
- Peel, N. M., McClure, R. J., & Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 298-304. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.12.002>
- Potkanowicz, E. S., Hartman-Stein, P., & Biermann, J. S. (2009). Behavioral determinants of health aging revisited : An update on the good news for the baby boomer generation. *Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), 11.
- Potvin, L., & Jones, C. M. (2011). Twenty-five Years After the Ottawa Charter : The Critical Role of Health Promotion for Public Health. *Canadian Journal of Public Health* 2011 102:4, 102(4), 244-248. <https://doi.org/10.1007/BF03404041>
- Potvin, L., Mantoura, P., & Ridde, V. (2007). Evaluating Equity in Health Promotion. In D. V. McQueen & C. M. Jones (Éds.), *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (p. 367-384). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70974-1_21
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)
- Raimondeau, J., & Carmona, É. (2020). Chapitre 1. Histoires de la santé publique. In *Manuel de santé publique* (p. 23-45). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.raimo.2020.01.0021>
- Rootman, I., & O'Neill, M. (2017). Key concepts in health promotion. In I. Rootman, K. Pederson, K. Frohlich, & S. Dupéré (Éds.), *Health Promotion in Canada : New perspectives on theory, practice, policy and research* (4th éd., p. 20-43). Canadian Scholars.
- Rose, G. A. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Santé publique France. (2023). Qui sommes nous ? <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/sante-publique-france-qui-sommes-nous>
- Sharma, M. (2021). *Theoretical foundations of health education and health promotion*. Jones & Bartlett Learning.

Shirani, M., Kheirabadi, G., Sharifirad, G., & Keshvari, M. (2019). The effect of education program on health promotion behavior on successful aging. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(3), 234-238. https://journals.lww.com/jnmr/fulltext/2019/24030/The_Effect_of_Education_Program_on_Health.12.aspx

Song, M., & Kong, E.-H. (2015). Older adults' definitions of health : A metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1097-1106. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.001>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Tavakkoli Oskuei, M., Barzanjeh Atri, S., Davoodi, A., Van Son, C., Asghari-Jafarabadi, M., & Hosseinzadeh, M. (2022). Evaluation of a self-care education program for older adults in Iran using a lifestyle improvement model. *International Journal of Older People Nursing*, 17(1), e12419. <https://doi.org/10.1111/opn.12419>

Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R., & Armstrong, D. G. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health : Keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38(6), 485-490. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.009>

Van Den Broucke, S. (2014). Needs, norms and nudges : The place of behaviour change in health promotion. *Health promotion international*, 29(4), 597-600. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau099>

Vonarx, N., & Desgroseilliers, V. (2016). Santé communautaire et santé publique : Des différences profondes. In V. Desgroseilliers, N. Vonarx, A. Guichard, & B. Roy (Éds.), *La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarche et défis*. Presses de l'Université Laval.

Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education : Advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311-320. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x>

Woodall, J., & Freeman, C. (2020). Where have we been and where are we going? The state of contemporary health promotion. *Health Education Journal*, 79(6), 621-632. <https://doi.org/10.1177/0017896919899970>

Pour contacter l'auteurice:

*Élodie Montaigne, infirmière et doctorante en santé communautaire
Faculté des sciences infirmières,
Université Laval
VITAM - Centre de recherche en santé durable
2480, chemin de la Canardière, bureau 141
Québec (QC, Canada) G1J 2G1
elodie.montaigne.1@ulaval.ca*

4

Abstract

Despite Canada's linguistic duality, French-speaking minority populations continue to face significant barriers in accessing equitable health care. Investigating two key research questions, this study explores: (1) What are the lived experiences of registered nurses and nursing students caring for French-speaking patients in Ontario? and (2) How do French-speaking patients navigate the health care system to access care in their preferred language? Using qualitative methodology informed by interpretive phenomenology, 31 participants were interviewed individually between 2018 and 2019, offering firsthand accounts of their experiences. Findings reveal a paradox of (in)visibility: French-speaking patients and nursing providers remain invisible when they adapt to systemic shortcomings but become highly visible when they advocate for equitable care. The study highlights the urgent need for the effective and consistent implementation of the strategic changes within health care institutions. Addressing these linguistic disparities is not only a matter of patient safety and quality care but also a fundamental step toward upholding Canada's bilingual commitments in health service delivery.

Keywords Qualitative approaches, Nurses, Students, Workforce issues, Patient safety

Official Language Minority Communities in Ontario: (In)visibility of Nursing Care

MWALI MURAY, JULIE CHARTRAND & AMÉLIE PERRON

Introduction

Although Canada is a bilingual nation, Francophone minority communities continue to perceive that they are receiving inadequate access to services in their language (Ombudsman Ontario, 2024). Inadequate access to health services in French may hinder the ability of Francophone minority communities to obtain timely and comprehensive access to the quality care that they seek (Savard et al., 2020b). Attributes of health care quality include care that is effective, safe, excellent, and that helps a person achieve their desired health goals and outcomes (Allen-Duck et al., 2017; World Health Organization, n. d.). The links between quality of care and language should be considered as social and cultural

determinants of health (Bouchard et al., 2010; Bowen, 2001, 2015; Drolet et al., 2017; Showstack et al., 2019); however, numerous researchers contend that this standard of quality care is not upheld for Francophone minority patients.

With advancements in technology, individuals are expected to live longer and to require increasingly complex health care services (Canadian Institute for Health Information, 2011, 2017; Canadian Medical Association, 2016; Canadian Nurses Association, 2007; Cline, 2015). Meanwhile, trends in global mobility and migration indicate that low English proficiency populations are expected to increase around the world, including in Canada. Thus, individuals with different language and cultural needs are going to require health care services of increasing complexity, worldwide, and in Canada as well. With Canada attracting immigration of both English-speaking and French-speaking populations, the health care system must be prepared to respond to patients of all languages, and certainly to be ready and equipped to provide care in both official languages.

Growing numbers of studies have identified the importance of language concordance and the risks posed by language discordance within the health care system (L. Bouchard et al., 2024; Lee et al., 2024; Reaume et al., 2024; Seale et al., 2022). Studies in medicine have highlighted challenges with regards to inappropriate prescribing and lack of translation services within certain communities, affecting health equity and patient outcomes (Lee et al., 2024; Reaume et al., 2024; Seale et al., 2022). However, challenges with regards to access to linguistically concordant care for Canadian nursing is seldom explored within the literature.

While nursing is one of the largest professions in the health care system, few studies have focused on the experience of nursing professionals caring for French-speaking patients in a linguistic minority context. Moreover, given the aging population of the nursing workforce (Canadian Institute for Health Information, 2020; Chartrand et al., 2019; Kwok et al., 2016), and the exodus from the profession further complicated by the COVID-19 pandemic (Farahani et al., 2024; Martin et al., 2023), it is crucial to understand the perspective of patients, workers and learners navigating this complex health care landscape. Thus, this study examines Francophone minority communities with the aim to understanding the lived experiences of French-speaking patients and their nursing care providers.

Background

Languages and Health Care in Canada

The link regarding language concordance between patients and health care providers has been studied at length across the globe. Challenges concerning language concordance are reflected in Canada as well, especially in the wake of globalization and increased diversity of the languages spoken by individuals residing in Canada. For example, the impacts of language concordance between patients and physicians were recently examined in relation to the challenges of allophone ethnic groups who speak neither official language, nor share a common language with their physician (Ariste & Matteo, 2021; Seale et al., 2022). Language barriers were also examined, with some individuals indicating they were hesitant to access health care services due to language barriers. Some avoid the health care system altogether, while others choose to return to countries of origin to secure health care services (van Allen et al., 2021). Another example to consider is that of individuals belonging to Deaf cultural and linguistic minority communities, as they may also face decreased health literacy and poor health outcomes (Malebranche et al., 2020).

Impact of Language on Health Service Experience

Canada is a linguistically diverse country with two official languages, French and English. This bilingualism policy seeks to allow for Francophone minority communities and English-speaking minority communities to thrive in their respective languages. At the time of the 2021 Canadian census, 18% of Canadians indicated that they were bilingual, capable of conversing in French and English (Statistics Canada, 2023). Quebec hosts the majority of French-speaking Canadians, at 84.1%, or 7,074,328 people (Canadian Heritage, 2024). In Ontario, 533,560 people (or 3.8% of the population) boasts of French as their first official language. It is important to note that New Brunswick is the only bilingual province in Canada, with 30.3% of the population listing French as their first official language, representing 231,850 people (Canadian Heritage, 2024).

Numerous scholars have reviewed challenges to simply obtaining health care in Canada in one's official language. Though official federal languages in Canada are English and French, patients may face difficulties obtaining care in their official language, and thus find themselves having to accommodate the language of the health care provider, often to their detriment. The resulting challenges exist whether one is seeking care in a minority anglophone or francophone setting. For example, studies regarding official language minority populations in Quebec report that patients experience heightened anxiety when seeking health care services in their second language, for both physical and emotional/mental health presentations (Zhao et al., 2019). Also in Quebec, studies have demonstrated a heightened mortality risk for migrants belonging to the anglophone minority community (Lo et al., 2018). In certain regions of Canada, mental health services are less numerous and of lesser quality for Francophone minority and visible minority populations, a struggle identified in the youth and adolescent context of Saskatchewan (Fizly et al., 2021). Similarly, a study amongst international Francophone post-secondary students in Manitoba noticed that students also faced heightened risks to their mental health (Gueye et al., 2018), an issue further challenged by the inadequate access to health care services in their language.

Linguistic Challenges in Nursing

While certain studies have reviewed the presence of visible minorities and language minorities in the Canadian nursing workforce (Premji & Etowa, 2014), there is a dearth of recent publications on official language minority communities with regard to their access to nursing care. Moreover, while some studies consider low English proficiency nursing students

(Choi, 2005; Skisland et al., 2018), no studies have recently examined nursing students caring for minority language patients in Canada. Our study is unique in that it examines the parallel experiences with registered nurses and patients, and provides a novel and timely perspective to an issue that requires further examination for the benefit of French-speaking patients, registered nurses, and nursing students in Canada.

Methods

Aim

The aim of this study was to examine the lived experiences of French-speaking patients, nursing students, and registered nurses with regard to French language health care services in the Canadian province of Ontario.

Theoretical Framework

This research was influenced by the Four levels of health care models, initially conceptualized as the “Four Levels of Change for Improving Quality” model (Ferlie & Shortell, 2001), later adapted by Reid et al. (2005) as the “Four-Level Model of the Health Care System.” The model by Reid et al. (2005) was represented by four concentric circles whereby the patient is at the centre of the health care experience, surrounded by the care team. The circles in this model then include the organizations, and lastly the environment. Both frameworks present different stakeholders to consider in the health care system, including patients, the health care team, the organization, and the environmental/systemic level, and thus provide important context to the sectors influencing the experiences of French-speaking patients and their health care workers. While this research was focused on the experiences of patients and their nursing care providers, the perspectives that were shared addressed all levels of the theoretical frameworks.

In addition to this theoretical framework, this work must be positioned by stating that the research was conducted by a Black Francophone registered nurse enrolled in a doctoral program in Ontario. The primary researcher had experience providing care for French-speaking patients, as well as helping family members navigate the health care system as linguistic minorities in Ontario. The first authors’ supervisors and research advisory committee also consisted of French-speaking researchers.

Design

A qualitative research design was used for this study, informed by interpretive phenomenology (Heidegger, 1962; van Manen,

1990). Given the complexity of the phenomena at hand, a qualitative research design would be indicated to explore the relative and multiple realities of research participants. As such, interpretive phenomenology, a qualitative research methodology with aims of understanding the essence and conveying the lived experience of a phenomenon, was well suited for this work. The phenomenological research questions explored in this study were “What are the lived experiences of registered nurses and nursing students providing care to French-speaking patients in Ontario?” and “What are the lived experiences of French-speaking patients seeking French language health care in Ontario?”. By means of semi-structured interviews, participants elaborated on the supports, strategies, challenges and barriers encountered when receiving care as French-speaking patients, or when caring for French-speaking minority communities.

Participants

Using purposive and snowball sampling, study participants were recruited by means of invitations sent through the mailing lists and social medias of various organizations, including the Assemblée de la francophonie de l’Ontario, the Fédération des aînés et des retraités francophones de l’Ontario, the Réseau franco-santé du Sud de l’Ontario, the Réseau des services de santé en français de l’Est de l’Ontario, the College of nurses of Ontario, the Nurse Practitioners’ Association of Ontario, and the Canadian Nursing Students’ Association. The sampling strategy allowed for individuals with salient lived experiences to gain knowledge of the study, beyond the study teams’ original networks. Patients were invited using Francophone organizations across the province. Nursing professionals received invitations to take part in this study through their university and through student or professional associations. Participants were eligible for the study if they had received health care services in Ontario, or if they had been involved in the care of French-speaking patients in Ontario. All eligible participants were invited to contact the researcher by phone or by email, and were welcomed to take part in an interview in English or in French.

Data Collection & Analysis

This qualitative study was conducted in Ontario, Canada. Participant permission was requested for the interviews to be audio-recorded. All interviews were recorded but one, for which the participant consented to detailed notetaking. Reflexive notes were also taken throughout the data collection and data analysis period.

The individual interviews were transcribed verbatim, followed by thematic data analysis, as guided by van Manen (1990) and Braun and Clarke (2006). The data analysis was conducted individually for the three groups, registered nurses, nursing students, and patients. Following the analysis of the first interview for each set (MM), these findings were reviewed with an experienced qualitative researcher (AP). Each interview was transcribed, read and reread, and analysed individually, thereafter within the context of the participant group. Given that the interviews with nursing students, registered nurses, and patients were subsets of a larger study, following the preliminary analysis, all the interviews were reviewed for themes that emerged inductively, and which overlapped for the three subsets of participants. The thematic review was done to identify important similarities in the experiences of French-speaking patients and providers. The resulting themes were explored, discussed and agreed upon with all authors (MM, AP, JC). Numerous thesis advisory committee meetings were held, confirming consensus over themes.

Ethical clearance was obtained from the authors' institution of affiliation. All participants received a study information package, including an informed consent document, reviewed independently, and then reviewed with the researcher. Full and informed consent was provided by all participants. Only the primary researcher took part in the recording of interviews and had access to their personal information, as to assure participant confidentiality. Participant confidentiality was

enhanced by allowing participants to take part in the interview over the telephone or in a private location in person, as per their preference. All collected data was stored in secure servers hosted by the University of Ottawa.

Results

Participants enrolled in this study shared their experiences regarding accessing and caring for French-speaking patients in Ontario. All interviews were conducted by the first author. Individual interviews were held in person or over the telephone, according to participant preference, between 2018 and 2019.

Overall, 31 participants were interviewed for this study, including 11 registered nurses, 10 nursing students, and 10 French-speaking patients, with interviews lasting approximately one hour in length. Most study participants were female, except for two male patients. French-speaking patients, registered nurses, and nursing students in the study had a mean age of 55 years old, 31 years old, and 22 years old, respectively. While most participants were Caucasian, seven patients identified as Black. Additional patient demographics and indicated in table 1.

Several results emerged from this study, represented by two key themes. The first theme featured in this article is a notion coined as "Good Enough Care," as the standard of care provided to French-speaking patients in Ontario: adequate for the time being, but not by any means the excellent quality level of care expected, desired, or preferred. The second

Table 1. Participants Sociodemographic Characteristics

	Francophone Patient (PT) n = 10	Registered Nurse (RN) n = 11	Nursing Student (NS) n = 10
	n (%)	n (%)	n (%)
Gender Identity	8 (80%) Female	11 (100%) Female	10 (100%) Female
Age	Average: 55 years old	Average: 31.7 years old	Average: 22.5 years old
Age Ranges	Range: 26-82 years old	Range: 24-42 years old	Range: 19-30 years old
Ethnicity	7 (70%) Black	9 (82%) White	7 (70%) White
Highest Level of Education	6 (60%) College/diploma/Bachelors	8 (73%) MScN	7 (70%) Undergraduate student
Language of Schooling	7 (70%) French	6 (55%) English Nursing School	6 (60%) French Nursing School
Mother Tongue	6 (60%) French	5 (45%) French	7 (70%) French and/or English
Preferred Official Language	9 (90%) French	7 (64%) English	5 (50%) French
City of Residence	Hornepayne, Ottawa & Sudbury	Ottawa, Sudbury & Toronto	Hamilton, Ottawa, Sudbury & Toronto

theme included the formal and informal adaptive strategies developed to overcome challenges accessing quality care given the linguistic minority context. For the presentation of participant quotes, registered nurses are referred to as RN##, French-speaking patients as PT##, and nursing students as NS##. Some quotes were translated from French.

Good Enough Care Theme 1.1: Delayed Access to French-Language Health Services

Individual patients were adamant in reporting poor access to French-language health services. Poor access was evidenced by experiences of delays in care, and the sentiments of being burdened and feeling like a burden when accessing health care services. At the individual level, patients also shared the socio-professional cost of barriers and the emotional impacts incurred.

In describing delays in care, French-speaking patients revealed difficulties in accessing health care services in French, notably pointing to concerns regarding potentially longer wait times. While it is already established that obtaining health care services can be lengthy, patients perceived that their visit was longer than other patients, since they incurred an additional wait time for care in French.

PT07 discusses this, revealing that: “Sometimes I request services in French, but it’s difficult. If you ask for someone who speaks French, it’s going to take a long time...” Many French-speaking patients in this study attested to starting their encounters already anticipating longer wait times, adding to the stress and distress of a challenging health care experience. However, some patients also described that despite having delayed access to services in their language, they would wait only to be advised that no one is able to service them in their official language of choice, thus having had to wait in vain.

Not only are holdups in care affecting individual French-speaking patients, but these delays have an impact on numerous actors in the health care system. For example, RN04 points to the extensive impacts of language discordance in the context of emergency services: “Let’s say we have a doctor who doesn’t speak French who is assigned to a French-speaking family... we have already lost time because we have just realized that the doctor cannot really communicate with the family. So, he leaves the patient room, and we must now find a nurse who speaks good French... we are wasting even more time. Next, the nurse must stop everything she is doing or he is doing to go in the patient room with this doctor. But let’s say that it’s me and that I was in the middle of doing something very important, the patient who is Francophone with a doctor who does not speak in French, continues to wait and wait and wait until, for example, I’m ready to go in the

assessment room. It’s true that it really delays the care of this patient, but because it’s an emergency department, it means that it delays the care of everyone else in the emergency department that this doctor is assigned to see.”

In the quote above, RN04 vividly describes the ripple effect for patients, nurses, and the entire health care environment when French-speaking patients experience delays in their health care. Moreover, the entire health care team experiences disruptions in the services, as do other patients waiting on the same primary care provider. Meanwhile, the individual nurse is waited on for tasks that are not in her workload, which she is now expected to take on for the team.

Good Enough Care Theme 1.2: (In)visible Workloads

Numerous concerns were voiced from registered nurses and nursing students. A particularly insidious concern was the (In)visible Workloads that landed on both anglophone and Francophone nursing care providers, many of whom pointed to the overlapping, as well as the unique challenges which they faced. The term “(In)visible” workloads is indicated by parentheses to reflect the fact that the workloads are simultaneously visible and invisible. In reviewing (in)visible workloads, there were discussions elicited around student experiences, navigating studies and work in French, the particularities of anglophone nursing experiences, as well as the French-speaking nursing experiences. Nursing participants also discussed how they navigated preserving the therapeutic relationship, as well as the emotional impacts of caring for Francophone minority community patients.

For example, NS02 shares the following clinical experience caring for a Francophone family: “I was doing a clinical placement at [pediatric hospital] last year. I was a student with a patient and her mother who was also there. During the doctors round. . . they arrived in front of this patient’s door and all the doctors were talking, talking, talking. At the end they asked the mother ‘Do you have any questions? Then, she looked at me in a panic and she said, ‘I’m going to ask it in French because I don’t know, I don’t know how to say it in English.’ I was like, ‘It’s okay, it’s okay.’ So she asked the question. All the doctors looked at each other, like, ‘we don’t understand what she’s saying.’ So I said to myself, ‘It’s up to me to translate’ . . . The patient and the mother looked at me. Then I just translated the question. The doctors answered in English. I had to translate for the mom.”

NS02’s example is relevant to the experience of Francophone nurses and nursing students, whereby the expectations of translating for the health care team may fall onto their shoulders, and be theirs to carry early in their career, even as a novice within the health care sector. The nursing student

shares of her numerous concerns with regards to this experience, notably the lack of training and preparation for such circumstances, and sharing in the distress of the parent in a delicate situation. While this work is valued by patients and by colleagues in the health care team, this work is not often acknowledged throughout the health care system, despite the fact that it is essential to satisfy patient care interactions.

NSO5 shares her experience concerning the efforts required to care for patients well in the face of linguistic discordance, especially when their French language requirements have already been disregarded: “[The patient] didn’t know really what was going on, we spoke to them and they signed the consent, and I was like “Wow, okay,” so then I brought the patient in and I spoke to them and was like “Hey, you know, do you know what you’ve signed here? Do you know what’s happening? Do you know...?” and they were like “No, thank you so much for explaining this to me” and so then I grabbed the surgeon back in and we had the conversation again together so that they could ask any of the questions again and go through all the teaching that they had kind of gone through preoperatively and then I made sure, I stayed after my shift so that when they were in recovery I could at least give some main teaching tips when they first woke up and provide resources to the nurses that would be caring for him to be able to communicate with him in French. So, I told him to write out everything that they wanted [to know], and [the patient and health care team] were able to Google Translate to get a gist of things.”

The previous quote shares the troubling experience of a French-speaking patient receiving care in English, despite limited proficiency in the language. The presence of the nursing student assists him in navigating and understanding the care received, before, during and after the procedure. The care also includes advocating for the patient by getting the surgeon to discuss with the patient again, this time allowing for the patient to provide proper informed consent to the operative plan. The extensive care provided was valuable for the entire health care team, but also required the student to stay beyond her assigned shift, work that is frequently invisible and unpaid.

Good Enough Care Theme 1.3: Disruptions in the Flow of Care

Furthermore, the findings of this study pointed to disruptions in the flow of care, as identified by both nursing and patient participants. The disruptions were evidenced by barriers speaking with and seeking health care providers, and with challenges pertaining to interpretation and translation. There was also an overarching concern that Francophones would be

perceived as “difficult” patients, and overall, it was noticed that the disruptions incurred would certainly have an impact on care activities.

A frequently suggested solution with regard to language barriers is the use of interpreters. However, both patients and participants had numerous perspectives on interpreter use. As PT10 states, “The first time when I had the interpreter, I understood at least some English. At some point the interpreter... wanted to interpret what I didn’t say. So I would stop him and then I would say ‘No, that’s not what I said’. So with that, it makes me question, ‘Is the interpreter really going to make the doctor understand what my problem is? I had my doubts...”

PT10 shares concerns about miscommunication during the translation. While she can understand some English, her official language is French. During this interaction with the facility provided translator, she could understand how the translator was conveying her story, however, she was concerned to hear information she had not said being translated to the provider, as well. The interaction raised questions as to whether the provided translation would accurately convey her health needs to her physician, adding an extra layer of concern with her health care interactions. Several participants, patients and providers, noticed that interpretation services were important, but could also introduce additional difficulties.

Good Enough Care Theme 1.4: Lack of Resources

Unanimously, participants reflected on the lack of resources that plagued organizations in supporting French language health care services. There was discussion regarding the strengths and shortcomings of institutional designation, and concerns on the state of bilingualism in the organizations. Participants also addressed French language necessity, and considered managerial and organizational support for French language care. Study participants also discussed the state of clinical tools and resources existing to support French language health care.

On the matter of the lack of resources, reflections took place on a number of organizational strategies which could facilitate or hinder French language care, both for recipient and for providers. For example, several participants were aware of French language designated institutions, and many patients consciously sought those centres out. However, consistent offer of French language services could fall short in those organizations, as well. As RN07 shares, “It is tough when people act like there is not time in the emergency department to make that effort or that it is somehow [the patient’s] problem that they do not speak English, when really, we are

funded to provide bilingual services.”

The nursing participant in question acknowledges working in a designated French language institution. However, she realizes that this organizational designation is not necessarily valued or respected by all of her colleagues. She sees this evidenced in the difficulty to make time or do the necessary efforts for the offer of French language services. As such, this can make the interaction more difficult for non-English speaking patients. A similar dismay was also shared by French-speaking patients, who realized that though institutional designation was an important step for organizations, it could still be difficult for them to receive the level of French language care required.

Good Enough Care Theme 1.5: Health Policy Impacts on Patient Rights

From an environmental level perspective, participants considered the health policy impacts on patient rights. Participants acknowledged that the current climate of health care services in Ontario affects how French-speaking patients can access care, and how health care providers can meet the needs of their French-speaking populations. Included in this theme were the lack of respect for French, hindered access, problems with regards to consent, the overall lack of consideration for patient safety, and the lack of quality care. They also drew parallels with the problematic situations regarding special patient populations (such as psychiatric pediatric or neurologically compromised patients) who experience disproportionate difficulties when systemically faced with language discordance. Participants considered language as a right, and what this meant for Francophones with regards to health care. Finally, considerations of good enough French and accommodations were explored, along with the state of the active offer and the lack thereof.

Concerning language as a right, participants were aware that the status quo was neither meeting the needs of health care system users, nor barely keeping up with the law. For example, PT03 states “It’s still a right to be served in your language... when you consider it as a right, I think you have to make an effort. [An effort] from the government, [and an effort] from the [care providers] also to serve people in French.” Here, PT03 indicates awareness of laws and patient’s rights to French language services in Ontario, such as the French Language Services Act (Government of Ontario, 1990). The patient participant also points to the responsibilities for various actors of the health care system, including government and health care providers, to rectify the issues at hand, and to actively facilitate Francophones rights to receive and to be offered French language services. Such a reflection serves as a reminder that several individuals and structures influence their ability to receive the care and services within their rights.

This sentiment is echoed by other participants. In considering the way that the French language is treated in Ontario, RN06 shares, “I think we have to respect Francophones... By offering services in French, we show respect for the Francophone population. So it is necessary, it is really necessary to put these strategies in place.” This participant links the importance of valuing French as an official language as a means of respecting Francophone individuals in Ontario. She also alludes to implementing strategies which can help meet the needs of French-speaking patients, in response to the linguistic needs of this population.

Strategies to Manage the Lack of Resources for French-Speaking Populations

The second major theme emerging from this study is the strategies to manage the lack of resources for French-speaking populations. In light of the perplexing situation with which participants were faced, patients, registered nurses, and nursing students had opportunities to reflect on numerous strategies. The strategies shared were considered to bridge the gaps existing within their health care environments, but were also voiced to suggest improvements to the status quo. The study participants discussed both the strategies that were implemented before, during, or after clinical encounters, as well as the strategies proposed to overcome the problematic situations which they routinely faced. It must be noted that these are strategies and recommendations raised by the participants, who speak to their lived experience of the phenomenon and voiced means to overcome some of their challenges.

Adaptive Strategies Theme 1.1: Implemented Strategies

Implemented strategies used to cope with the realities of providing and receiving care for Francophones in Ontario included suggestions concerning the use of clinical tools and resources. Participants reflected on the best use of other tools and technologies, as well as considerations on the state of interpretation and translation services. Several participants, nurses, nursing students, and patients alike, shared thoughts regarding staff assignment and utilization of the interprofessional team, the use of non-verbal communication, and on health care professional education. Participants also discussed how to best use Francophone institutions. Moreover, participants, especially patients, shared how they adapt to, challenge, or resist the lack of access to French health care services.

The breadth of experiences and strategies was extensive. For example, PT06 shares that “When the doctor gave us prescriptions and instructions to follow, my husband had to record him so that we could listen calmly at home... He had given us brochures, a form that we had to read and fill in case

something happened to the baby again. They wrote it all down. It was in English. So what we did was use Google Translate, because there was no one to help us.” Here, PT06 reminds us once more of the extensive visible and invisible labour, tasks and toll that can take place for patients, especially in the context of linguistic discordance. Extra responsibilities include coming prepared to record the health care interaction, downloading and learning to use programs such as Google Translate, and extensive efforts to teach themselves what was required to safely care for their newborn baby at home. Such a recourse points once again to the inadequacies of the health care system, as once the patient and family are at home, they lose access to the health care professionals who should be able to validate their understanding, and respond to any questions or concerns. While technology comes with certain benefits, it is a strategy that cannot replace safe, quality care, including thorough patient education from health care professionals on site. Moreover, it certainly does not replace the important ability to ask and receive answers to questions, engaging the health care professional within the context of the therapeutic relationship. Nevertheless, these French-speaking patients and families demonstrate that this is how they must adapt.

Meanwhile, nurses and nursing students also find themselves improvising strategies to better meet patient needs when faced with linguistic barriers. As NS09 shares, “you as a nurse, and as a student, you can meet a client that has a language [for which the] resource [exists] in another office and so on and so forth. You wonder, oh my goodness, how do I connect this? So, as nursing students, we just share how to get access to those resources. Sometimes we put it on drives, Google Drives for ourselves and then just distribute it among ourselves. Other times, people are able to find websites that are approved by [community agency] to use... We just keep—compile those resources for ourselves... We do share them with the nurses... Some of the nurses are already aware of where to get some of these resources, so... it’s also helpful.” This nursing student shares of informal networks of information sharing, which indeed benefit other nursing students, registered nurses, and patients, in response to resources which may be scattered throughout their region. While this is a creative way to meet patients’ and providers’ needs, this points to structural issues within the health care system, whereby resources are not positioned strategically to meet the needs of patients and frontline workers. The strategy, optimized by nursing students, meets urgent needs of patients and staff, yet masks the inefficiencies of the organization, and the voids in care for Francophone populations.

In response to being consistently faced with challenges as a French-speaking patient, some choose to clearly express their boundaries in pursuit of French language health care services. According to PT05, “sometimes I refuse to speak English when... I’m not only rudely asked, but disrespectfully asked if I speak English, so at that time I refuse.... they will look for someone to translate. . . People look at me, they say “Speak English”. . . at those times I don’t speak English.” PT05’s response is an example of resisting the anglo-dominant health care structure in order to receive safe care in the patient’s official language. The patient shares insight on what it can be like to be forced to speak in English, by the health care system. Despite asking for care in French, health care providers simply insist that she speaks in English. However, this participant has come to find that insisting on being served in French is an effective means of mobilizing health care providers to start seeking Francophone providers, or implementing the use of French language resources to safely care for her.

Adaptive Strategies Theme 1.2: Proposed Strategies

Participants shared both current strategies and proposed solutions to address the health care services of official language minority communities. As such, a number of proposed strategies were raised by the participants, including advocacy and raising awareness, human resources management, clinical resources use, involvement of educational systems, and considerations for government involvement.

Nursing students, registered nurses, and French-speaking patients unanimously echoed the importance of recruiting and retaining French-speaking health care providers throughout the health care system, in order to have sufficient numbers of bilingual health care professionals to meet the Ontario populations needs. Participants consistently spoke of the importance of having bilingual resources, in both English and French. NS07 shares that they “Make sure that all the literature, sometimes we have versions of the literature, pamphlets to give to patients after surgery for rehabilitation or maybe before, something like electroconvulsive therapy (ECT) in mental health... make sure all pamphlets are bilingual. It’s easy to do. On one side it is in English, then you turn to the other side and the document is in French. It really is . . . easy to do... so that literature for patients is accessible in both languages.” This participant points to a significant issue raised throughout the study, where many French-speaking patients struggled to access data and health information in their language. To consistently meet the needs of patients, and facilitate the experience of health care providers, systemically preparing resources in both languages, on the

same document, makes it easy for the health care providers to consistently equip patients with the appropriate information. Moreover, while this strategy seems intuitive, patients and providers alike indicated that this was not done systemically, although it could significantly help all those involved.

A number of participants pointed to the role of government in enhancing French language service structures. As PT08 shares, “The government has statistics. . . often when I went to health centers like hospitals and everything. I was asked ‘did I feel comfortable being served in French or in English’, so I imagine that the government has all the statistics of the people, of the patients who are served. . . I think the government is best placed to improve the level of French in health centres.” Here, PT08 is frequently answering both facility and government surveys where she responds that French is her official language of choice. While this information is taken, patients do not always know how this data is utilized. However, with such data in hand, this patient believes that it would be wise for the government to consider this statistical data and thus help improve the language congruent care for health service facilities.

Discussion

This study sheds light on the realities of the health care system concerning Francophone minority communities and their health care providers. Navigating a path laced with difficulties before, during, and even after the health care interaction, registered nurses, nursing students, and French-speaking patients provide numerous reflections on the problematic state of health care for official language communities. Such challenges include longer wait times, heightened workloads, difficulties with interpretation and translation, inadequate resources, and more.

The data collected also provides insights on how the problems are currently addressed, and strategies for their remediation. As the study participants share their complex realities, it becomes more evident that there is a dynamic of visible and invisible work which disproportionally affects some patients and providers at the individual level, and that may not be noticed or acknowledge systemically. Given their influence on quality of care, the (in)visible realities of French-speaking patients and nursing professionals requires further examination. The experience of participants demonstrates how the various levels of the health care system (Ferlie & Shortell, 2001; Reid et al., 2005) are actors involved in the challenging experience of seeking and delivering health care services to French-speaking communities in Ontario.

(In)visible Nursing Work

While there is an (in)visibility that was identified with French-speaking patients seeking health care, this reality also exists with health care providers to Francophone populations. Registered nurses and nursing students in this study displayed respective coping strategies in meeting the needs of their patients. As originally stated by Star and Strauss (1999), “the workers themselves are quite visible, yet the work they perform is invisible or relegated to a background of expectation” (p. 15). Such a dynamic is often the case within the health care system, as evidenced by how nurses and nursing students navigated complexities in providing quality care to the patient before them.

In this study, while both groups faced perplexing realities at the clinical front, the experiences of bilingual or French-speaking nursing care providers differed slightly from that of anglophone nurses. French-speaking nurses and nursing students frequently described how speaking French could be a workplace advantage and incur challenges. For example, certain facilities or sectors privileged hiring or promoting French-speaking nurses and nursing students. Moreover, this was an implicit advantage in being able to address the needs of their French- and English-speaking patients. However, these same nursing participants also pointed to the drawbacks of bilingualism, which was most often manifested in increased workloads and responsibilities. The same challenge has been echoed in the work of others (Canadian Nurses Association, 2007; Lydahl, 2017), with disparities causing some health care providers to even conceal their bilingualism. While their presence and ability to service both the English-speaking and French-speaking population was a visible asset, much of this work was invisible, in that it was unrecognized and undocumented, despite benefiting the patients, their families, the health care team (physicians, the interdisciplinary team), and the organization. Moreover, the weight of responsibility followed these providers beyond their shifts, some working overtime to meet the linguistic health care needs of patients, with many others remaining concerned about how patients’ needs would be addressed in the health care facility, in referrals, and upon discharge.

English-speaking providers, nurses and nursing students alike, also acknowledged difficulties regarding care provision. They described a certain distress for not being able to meet the immediate language needs of French-speaking patients, and the risk for patient safety that could result. Invisible work is done to bridge the gap, from self-learning French using apps to meeting with colleagues for French tutoring using hospital handouts, is not acknowledged by the organization nor the

health care system, though it directly cuts into the personal time of the nurse or nursing students, as well as that of their helpful colleagues.

Within Canada, nursing institutions have analyzed the state of nursing for Francophone minorities. For example, the important work of the Canadian Nurses Association (2007) provided a synthesis report on the state of nursing in French, pointing to numerous inequities requiring improvement. Unfortunately, over 18 years since the release of the report, nursing professionals continue to perceive challenges in care, be they Francophone or be they caring for Francophones.

Despite policies and reports indicating that bilingualism is important, action is required to change the status quo, and to consider the various stakeholders who can take part in influencing the future and outcomes of nursing. Notably, action and contributions on the part of the health care system, government representatives, organizations, and health care institutions would be essential. The same expectations would apply to educational facilities, responsible for preparing and equipping working nurses, as well as supporting nursing students, who are already an integral part of the nursing workforce.

Limitations

With regards to study limitations, it must be noted that the study involved a large number of participants for a qualitative phenomenological study; this is because while there were three small samples (registered nurses, nursing students, and participants). As such, this paper presents the three subgroups of participants in the same dialogue as they provide insights as to how they have experienced the issue that they have in common. Resultingly, this study gains from having diverse perspectives of the phenomena in comparison to the data which could have stemmed from a more homogenous sample. Additionally, this study provided the perspective of two male patients, with no male nursing students or registered nurses. Future studies would benefit from targeted recruitment of men and gender diverse participants, which may experience receiving and providing care differently. Moreover, it is possible that the individuals who took part in this research already had a particular interest in official language minority communities, potentially affecting the study findings. Thus, interviews may have yielded different findings with a group of individuals who were less passionate about the phenomena.

Conclusion

Despite Canada's commitment to linguistic duality, French-speaking minority populations and their health care providers

continue to face systemic barriers that compromise equitable access to care. Our study reveals that these challenges are not new but persist due to entrenched structural deficiencies that remain largely unseen and unaddressed. Participants' experiences underscore a troubling reality: while their adaptability and individual strategies mitigate some gaps, these efforts mask the deeper failures of the system and place the burden of linguistic accessibility on those least equipped to bear it.

Addressing these inequities requires a multilevel, coordinated response that moves beyond fragmented, siloed efforts. Drawing on both participant insights and existing scholarship (Ferlie & Shortell, 2001; Reid et al., 2005; Savard et al., 2020), this study highlights the necessity of action across environmental, organizational, team, and individual levels. Policies must go beyond symbolic commitments to actively embed structural, legal, and resource-based solutions that uphold the right to care in both official languages.

Ultimately, systemic reform is not optional but essential. Without significant investment and policy-driven change, French-speaking patients and their care providers will remain trapped in a cycle of invisibility—expected to function within a system that neither recognizes nor adequately supports them. Ensuring linguistic equity in health care is not just a matter of compliance; it is a fundamental issue of patient safety, professional well-being, and social justice.

References

- Allen-Duck, A., Robinson, J. C., & Stewart, M. W. (2017). Healthcare quality: A concept analysis. *Nursing forum*, 52(4), 377-386. <https://doi.org/10.1111/nuf.12207>
- Ariste, R., & Matteo, L. di. (2021). Non-Official Language Concordance in Urban Canadian Medical Practice: Implications for Care during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare Policy*, 16(4), 84-96. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2021.26497>
- Bouchard, L., & Lizotte, M. (2024). Les données linguistiques pour la recherche et la planification en santé : possibilités et limites pour l'étude des francophones en situation minoritaire. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, 22. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1110621ar>
- Bouchard, L., Savard, J., & Dumond, M. (2024). La santé en contexte francophone minoritaire au Canada : 20 ans de recherche : introduction. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, 22. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1110619ar>

- Bouchard, P., Vézina, S., & Savoie, M. (2010). Rapport du dialogue sur l'engagement des étudiants et des futurs professionnels pour de meilleurs services de santé en français dans un contexte minoritaire: formation et outillage, recrutement et rétention. *Formation et outillage. Recrutement et rétention*, 1-47.
- Bowen, S. (2001). Language barriers in access to health care. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html>
- Bowen, S. (2015). Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. *Société Santé en français*. https://savoie-sante.ca/fr/content_page/item/429-impact-des-barrieres-linguistiques
- Canadian Heritage. (2024). Statistics on official languages in Canada. <https://www.canada.ca/en/canadian-heritage/services/official-languages-bilingualism/publications/statistics.html>
- Canadian Institute for Health Information. (2011). Health care in Canada, 2011: A focus on seniors and aging. https://publications.gc.ca/collections/collection_2011/icis-cihi/H115-15-2011-eng.pdf
- Canadian Institute for Health Information. (2017). Canada's seniors population outlook: Uncharted territory. <https://www.cihi.ca/en/infographic-canadas-seniors-population-outlook-uncharted-territory>
- Canadian Institute for Health Information. (2020). Nursing in Canada, 2019: a lens on supply and workforce. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nursing-report-2019-en-web.pdf>
- Canadian Medical Association. (2016). The state of seniors health care in Canada. <https://www.cma.ca/state-seniors-health-care-canada>
- Canadian Nurses Association. (2007). *Projet soins infirmiers en français: synthèse report*.
- Chartrand, J., Vandyk, A., Beké, É., Balasa, R., Loranger, C., Muray, M., Chartrand, M., & Baker, C. (2019). La pénurie de professeures de sciences infirmières au Canada et ses effets sur les programmes de formation en sciences infirmières offerts en français. *Minorités Linguistiques et Société*, 11(11), 95. <https://doi.org/10.7202/1065214ar>
- Cline, D. D. (2015). Complexity of care: A concept analysis of older adult health care experiences. *Nursing Education Perspectives*, 36(2), 108-113. <http://doi.org/10.5480/14-1362>
- Deschamps, S. (2024, septembre 26). La langue officielle du patient figurera sur la nouvelle carte de santé du Manitoba. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2107400/sante-francais-document-offre-active-manitoba>
- Drolet, M., Bouchard, P., & Savard, J. (2017). *Accessibility and active offer: health care and social services in linguistic minority communities*. University of Ottawa Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdcxc>
- Farahani, M.A., Nargesi, S., Saniee, N. et al. Factors affecting nurses retention during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Human Resources for Health*, 22(78), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12960-024-00960-7>
- Firzly, N., Linares, N. N., Jones, G., & Aubry, T. (2021). La mise en œuvre d'une évaluation des besoins pour un conseil scolaire minoritaire : Interventions psychologiques centrées sur les enfants et les adolescents et basées sur des données probantes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 40(1), 129-134. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2021-006>
- Government of Canada. (2017). Horizontal initiative - roadmap for Canada's official languages 2013-18. <https://www.canada.ca/en/canadian-heritage/corporate/publications/plans-reports/departmental-results-report-2016-2017/roadmap-official-languages-2013-2018.html>
- Government of Ontario. (1990). French language services act, R.S.O. 1990, c. F.32. <https://www.ontario.ca/laws/statute/90f32>
- Government of Ontario. (2021a). Modernized French Language Services Act receives Royal Assent. <https://news.ontario.ca/en/release/1001316/modernized-french-language-services-act-receives-royal-assent>
- Government of Ontario. (2021b, avril 29). O. Reg. 398/93: Designation of public service agencies. <https://www.ontario.ca/laws/regulation/930398>
- Gueye, N. R., de Moissac, D. L., & Touchette, A. (2018). Profils ethnolinguistique et de santé mentale de jeunes étudiantes et étudiants d'un établissement d'enseignement postsecondaire francophone en contexte minoritaire dans l'Ouest canadien. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 37(1), 13-28. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2018-004>
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Harper and Row.

Kwok, C., Bates, K. A., & Ng, E. S. (2016). Managing and sustaining an ageing nursing workforce: identifying opportunities and best practices within collective agreements in Canada. *Journal of Nursing Management*, 24(4), 500-511. <https://doi.org/10.1111/jonm.12350>

Lee, S. H., Gibb, M., Karunanathan, S., Cody, M., Tanuseputro, P., Kendall, C. E., Bédard, D., Collin, S., & Kehoe MacLeod, K. (2024). Lived experiences of palliative care physicians on the impacts of language and cultural discordance on end-of-life care across Ontario, Canada: a qualitative study using the intersectionality-based policy framework. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02312-2>

Lo, E., Tu, M. T., Trempe, N., & Auger, N. (2018). Linguistic mortality gradients in Quebec and the role of migrant composition. *Canadian Journal of Public Health*, 109(1), 15-26. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0023-z>

Lydahl, D. (2017). Visible persons, invisible work? Exploring articulation work in the implementation of person-centred care on a hospital ward. *Sociologisk forskning*, 163-179.

Malebranche, M., Morisod, K., & Bodenmann, P. (2020). Deaf culture and health care. *Cmaj*, 192(50), E1809. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200772>

Martin, B., Kaminski-Ozturk, N., O'Hara, C., & Smiley, R. (2023). Examining the impact of the COVID-19 pandemic on burnout and stress among US nurses. *Journal of Nursing Regulation*, 14(1), 4-12. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(23\)00063-7](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(23)00063-7)

Ombudsman Ontario. (2024). 2023-2024 Annual Report of the French Language Services Commissioner of Ontario. <https://www.ombudsman.on.ca/sites/default/files/Media/ombudsman/ombudsman/resources/Annual%20Reports/2023-2024/Ombudsman-FLS-Annual-report-2024-EN-WEB-FINAL-s.pdf>

Premji, S., & Etowa, J. B. (2014). Workforce utilization of visible and linguistic minorities in Canadian nursing. *Journal of Nursing Management*, 22(1), 80-88. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01442.x>

Province of Manitoba. (2024). Health Card Information and FAQ. <https://www.gov.mb.ca/health/mhsip/health-card-information.html>

Reaume, M., Peixoto, C., Pugliese, M., Tanuseputro, P., Batista, R., Kendall, C. E., Landry, J.-R., Prud'homme, D., Chomienne, M.-H., Farrell, B., & Bjerre, L. M. (2024). The impact of patient-facility language discordance on potentially inappropriate prescribing of antipsychotics in long-term care home in Ontario, Canada: a retrospective population health cohort study. *BMC Geriatrics*, 24(1), 889. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05446-8>

Savard, J., Bigney, K., Kubina, L. A., Savard, S., & Drolet, M. (2020b). Structural facilitators and barriers to access to and continuity of French-language healthcare and social services in Ontario's Champlain region. *Healthcare Policy*, 16(1), 78-94. <http://www.doi.org/10.12927/hcpol.2020.26289>

Savard, J., Savard, S., Drolet, M., de Moissac, D. L., Kubina, L.-A., Van Kemenade, S., Benoit, J., & Couturier, Y. (2020). Framework for the analysis of health and social services access and integration for official language minority communities. https://www.grefops.ca/uploads/7/4/7/3/7473881/framework_description_en_april2020.pdf

Seale, E., Reaume, M., Batista, R., Eddeen, A. B., Roberts, R., Rhodes, E., McIsaac, D. I., Kendall, C. E., Sood, M. M., Prud'Homme, D., & Tanuseputro, P. (2022). Patient-physician language concordance and quality and safety outcomes among frail home care recipients admitted to hospital in Ontario, Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 194(26), E899-E908. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.212155>

Showstack, R., Santos, M., Feuerherm, E., Jacobson, H., & Martínez, G. (2019). Language as a social determinant of health: An applied linguistics perspective on health equity. *AAALetter* (AAAL's newsletter). <https://www.aaal.org/news/language-as-a-social-determinant-of-health-an-applied-linguistics-perspective-on-health-equity>

Star, S. L., & Strauss, A. (1999). Layers of silence, arenas of voice: The ecology of visible and invisible work. *Computer supported cooperative work (CSCW)*, 8(1), 9-30. <https://doi.org/10.1023/A:1008651105359>

Statistics Canada, 2023. Census in Brief, English-French bilingualism in Canada: Recent trends after five decades of official bilingualism Census of Population, 2021. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021013/98-200-x2021013-eng.pdf>

van Allen, Z., Dogba, M. J., Brent, M. H., Bach, C., Grimshaw, J. M., Ivers, N. M., Wang, X., McCleary, N., Asad, S., & Chorghay, Z. (2021). Barriers to and enablers of attendance at diabetic retinopathy screening experienced by immigrants to Canada from multiple cultural and linguistic minority groups. *Diabetic Medicine*, 38(4), e14429. <https://doi.org/10.1111/dme.14429>

van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Althouse Press.

World Health Organization. (n. d.). Quality of care (Last accessed on September 28, 2021). https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Zhao, Y., Segalowitz, N. S., Voloshyn, A., Chamoux, E., & Ryder, A. G. (2019). Language barriers to healthcare for linguistic minorities: The case of second language-specific health communication anxiety. *Health Communication*, 36(3), 334-346. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1692488>

To contact the authors:

*Mwali Muray
School of Nursing Sciences
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa
mmuray@uottawa.ca*

*Julie Chartrand
School of Nursing Sciences
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa*

*Amélie Perron
School of Nursing Sciences
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa*

5

Résumé

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

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

1. Fricker et l'injustice épistémique

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

herméneutiques.

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

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

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

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

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

2. Honneth et la lutte pour la reconnaissance

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

2.1 Socialisation professionnelle et déni de reconnaissance

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

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

2.1 Le TSO comme symptomatologie organisationnelle

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

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

3. Contexte sociohistorique: le virage néolibéral en santé

3.1 La Nouvelle gestion publique et l'émergence du TSO

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

3.2 La transformation des modes de gestion et ses effets structurels

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Professionnalisation et mobilisation: tensions et contradictions

5.1 Le système professionnel et ses logiques de pouvoir

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

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

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

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

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

Les valeurs néolibérales de loyauté à l'institution et de

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

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

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

5.2 Mobilisation cachée: agir sous le radar

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

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

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

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

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

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

Discussion

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

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

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

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

Conclusion

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

Références

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- McMillan, K., & Perron, A. (2020). Nurses' engagement with power, voice and politics amidst restructuring efforts. *Nursing Inquiry*, 27(3), e12345. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nin.12345>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). Rapport du groupe de travail national sur les effectifs infirmiers.
- Molinier, P. (2000). Travail et compassion dans le monde hospitalier. *Les Cahiers du Genre*, 49-70. https://www.persee.fr/doc/genre_1298-6046_2000_num_28_1_1124
- Molinier, P. (2004). Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe. *Travail et emploi*(97), 79-91. <https://portaildocumentaire.inrs.fr/Default/doc/SYRACUSE/46839/psychodynamique-du-travail-et-rapports-sociaux-de-sexe-97>
- Molinier, P. (2011). Le Care à l'épreuve du travail: Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. *Raisons pratiques*, 16, 339-357.
- Moore L, McAuliffe E (2010), "Is inadequate response to whistleblowing perpetuating a culture of silence in hospitals?". *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 15 No. 3 pp. 166-178, doi: <https://doi.org/10.1108/14777271011063805>
- Mundie, C., & Donelle, L. (2022). Health activism as nursing practice: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(11), 3607-3617. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.15399>
- Noël-Hureaux, E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, N° 122(3), 7-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0007>
- Nos conditions de travail sont vos conditions de soins (2024). Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. <https://www.fiqsante.qc.ca/campagnes/nos-conditions-de-travail-sont-vos-conditions-de-soins/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2023). Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmières au Québec, 2022-2023. <https://www.oiiq.org/documents/20147/26586017/oiiq-rapport-statistique-23-VF.pdf/6f710838-6645-eef2-90f6-152b5400d34a>
- Pariseau-Legault, P., & Paradis-Gagné, E. (2024). Axel Honneth : Réification et lutte pour la reconnaissance en psychiatrie. In P. Krol & D. Holmes (Eds.), *Philosophies et sciences infirmières: contributions essentielles à la discipline*. Presses de l'Université Laval. <https://books.google.ca/books?id=HJwFEQAAQBAJ>
- Perron, A., Dufour, C., Marcogliese, E., & Gagnon, M. (2020). La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19: une analyse de contenu de la plate-forme « Je dénonce ». *Aporia*, 12(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.18192/aporia.v12i1.4840>
- Perron, A., Fluet, C., & Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 536-544. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03432.x>
- Perron, A., Rudge, T., & Gagnon, M. (2014). Towards an " Ethics of Discomfort " in Nursing: Parrhesia as Fearless Speech. In P. N. Kagan, M. C. Smith, & P. Chinn (Eds.), *Philosophies and practices of emancipatory nursing, social justice and praxis*. Routledge.
- Perron A. & Rudge, T. (2016). On the politics of ignorance in nursing and healthcare: knowing ignorance (Ser. Routledge key themes in health and society). Routledge.
- Pinard, R. (2018). *L'envers du travail: le genre de l'émancipation ouvrière*. Lux Éditeur. <https://books.google.ca/books?id=ARiMwEACAAJ>
- Plourde, A. (2021). *Le capitalisme, c'est mauvais pour la santé: Une histoire critique des CLSC et du système socio-sanitaire québécois*. Éditions Écosociété. <https://books.google.ca/books?id=72BuzgEACAAJ>
- Plourde, A. (2024). *Mythes et réalité de la pénurie de main-d'oeuvre en santé et services sociaux au Québec*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2024/05/2024-05-Penurie-de-main-doeuvre-WEB.pdf>
- Reverby, S. (1987). *Ordered to Care: The Dilemma of American Nursing, 1850-1945*. Cambridge University Press. <https://books.google.ca/books?id=zg-1k-So5EMC>
- Rosenberg, C. E. (2023). *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*. Plunkett Lake Press. <https://books.google.ca/books?id=Wnm2EAAAQBAJ>
- Rouillard, J. (2014). Les jalons de l'histoire du syndicalisme québécois. *Droits et libertés*, 33(1). <https://liguedesdroits.ca/les-jalons-de-lhistoire-du-syndicalisme-quebecois/>
- Saillant, F. (1999). Chercher l'invisible: épistémologie et méthode de l'étude de soins. *Recherches qualitatives*, 20, 125-158.
- Smith, K., & Foth, T. (2021). Tomorrow is cancelled: Rethinking nursing resistance as insurrection. *Aporia*, 13, 15-25. <https://doi.org/10.18192/aporia.v13i1.5263>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour contacter les autrices:

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

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

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

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

Résumé

Les jeunes adultes qui fréquentent les établissements postsecondaires vivent une transition de vie importante pouvant entraîner des répercussions sur leur bien-être. Cet article explore l'état de santé mentale, l'utilisation des services de soutien et les facteurs favorisant le recours à ces services des personnes étudiantes de deux universités francophones en contexte linguistique minoritaire en 2022. Un sondage a été complété par 884 personnes étudiantes, suivi d'entrevues de groupe ou individuelles auprès de 27 personnes répondantes. Les données révèlent que la santé mentale de la population étudiante demeure fragile, avec un taux élevé de symptômes d'anxiété, de dépression, de manque de sommeil et de pensées suicidaires. Les services en santé mentale sont utilisés par environ la moitié des personnes répondantes avec une préférence pour les services en français pour favoriser la relation d'aide et la confiance de recevoir un service de qualité. La stigmatisation demeure une barrière importante au recours à l'aide. Diverses mesures de soutien doivent être offertes, en présentiel et virtuellement, pour non seulement soutenir mais aussi sensibiliser les jeunes des sources d'aide disponibles en français.

Mots clés jeunes adultes, minorité linguistique, postsecondaire, santé mentale, utilisation de services

Services de soutien en santé mentale : comment mieux répondre aux besoins des jeunes des milieux postsecondaires francophones en situation minoritaire

DANIELLE DE MOISSAC, NDEYE ROKHAYA GUEYE, VICKIE PLOURDE, JOLYÈVE ARSENEAU, EMILIE LEVESQUE, HÉLÈNE CORRIVEAU, CYNTHIA GOGUEN

Introduction et problématique

La population de jeunes adultes de 18 à 24 ans, qui sont largement majoritaire dans les établissements d'études postsecondaires, se retrouve à plus haut risque de défis reliés à leur santé mentale en raison de transitions importantes qui interviennent à ce moment critique de leur vie (Acharya et al., 2018; Wiens et al., 2020). Les exigences académiques (Rahiman et al., 2023), de nouvelles responsabilités financières (Pitre et al., 2020), un changement au niveau du réseau personnel et social (Gloria et Steinhardt, 2016)

ainsi que des interactions fréquentes avec les médias sociaux et la technologie (Ghanayem et al., 2024) viennent influencer le niveau de stress et l'estime de soi des jeunes (Wiens et al., 2020). La pandémie liée à la COVID-19 n'a fait qu'aggraver la situation en raison de la distanciation physique et les sentiments d'anxiété et d'isolement social conséquents (Boutros et Marchak, 2021; Rashid et Genova, 2022). À la sortie de la pandémie, en quelle mesure les jeunes ont-ils pu surmonter ces défis et subvenir à leurs besoins psychologiques et émotifs? Notre intérêt se focalise plus spécifiquement sur le bien-être des jeunes francophones vivant en situation linguistique minoritaire au Canada, du fait que « les données sur le sujet restent parcellaires et ne permettent pas de mesurer la situation efficacement, tel qu'est également le cas pour leur accès aux soins (Labasse, 2024).

Pourtant, les symptômes associés aux troubles de santé mentale deviennent plus évidents au début de la vie adulte, moment auquel une intervention serait bénéfique (Solmi et al., 2022). Quelques études démontrent que le recours

aux services de santé mentale ne semble pas une pratique courante chez les jeunes (Levesque et de Moissac, 2018; Spence, Owens-Solari et Goodyer, 2016) alors que ces derniers préfèrent se confier à des membres de leur famille ou des amis, ou ne divulguer à personne leurs problèmes émotifs ou psychologiques (Findlay et Sunderland, 2017; Penner et al., 2021). En contexte linguistique minoritaire, l'accès aux services en santé mentale en français est limité notamment en raison d'une pénurie de personnes professionnelles de la santé bilingues, d'outils bilingues et d'une méconnaissance générale des services disponibles de la part des utilisateurs et utilisatrices (Cardinal et al., 2018; Drolet, Bouchard et Savard, 2017). L'effet global d'une gestion malsaine de problèmes de santé mentale (Kirsh et al., 2016) peut avoir un impact négatif sur la performance et le succès académique des individus (Bruffaerts et al., 2018), mais également sur les coûts économiques directs (ex., traitements) et indirects (ex., absentéisme) associés à la santé mentale (Mental Health Commission of Canada, 2016, 2017). Afin de mitiger les effets néfastes potentiels d'une santé mentale affaiblie, la prévention et les interventions précoces sont essentielles. Dans un contexte de santé publique, les milieux postsecondaires occupent une place privilégiée pour faire la promotion des bonnes pratiques et l'offre de services de soutien à la population étudiante dès le début de leur vie adulte. Ainsi, une meilleure connaissance des facilitateurs du recours aux soins pourrait servir à promouvoir de saines habitudes d'utilisation des services de soutien en santé mentale tout au long de la vie. En contexte linguistique minoritaire, cela s'avère essentiel vu les barrières systémiques supplémentaires liées à la langue.

Une norme spécifique au bien-être en milieu postsecondaire

C'est en 2020 que la Norme nationale du Canada pour la santé mentale et le bien-être pour les étudiants du postsecondaire a vu le jour, proposant un ensemble de lignes directrices visant à appuyer les établissements postsecondaires dans leurs efforts de soutenir la santé mentale de leur population étudiante (Groupe CSA, 2020). À noter que selon cette Norme, le bien-être se définit comme étant « la présence de la plus haute qualité de vie dans sa pleine expression des dimensions suivantes : culturelle; affective; mentale; physique; sociale; et spirituelle. » (Groupe CSA, 2020, page 12). Guidée par un cadre théorique socioécologique, cette norme englobe le développement, la mise en œuvre et l'amélioration continue de politiques, de programmes, d'environnements et d'initiatives pour appuyer la santé mentale et le bien-être des personnes étudiantes en milieu postsecondaire. Bien que les établissements postsecondaires ne soient pas tenus

de respecter cette Norme, celle-ci propose des stratégies et des pratiques innovantes pouvant être adaptées au milieu d'études. Les principes directeurs de cette Norme sont 1) d'être axé sur les étudiants, 2) de considérer l'équité, la diversité et l'inclusion, 3) de se baser sur des connaissances pratiques, des données probantes et des expériences vécues, 4) de faire la promotion de la santé et la réduction des méfaits, 5) de créer une communauté et une culture du bien-être dynamiques et 6) de viser une amélioration continue pour renforcer les capacités tant de l'établissement que de la communauté dans le soutien de la santé mentale des étudiants (Groupe CSA, 2020). En contexte linguistique minoritaire, le dernier principe devrait être priorisé étant donné la pénurie de professionnels en mesure d'offrir des services en français.

Le cadre théorique socioécologique

Le modèle socioécologique, tel que décrit par Bronfenbrenner (1994) et appliqué à l'éducation des personnes apprenantes dans le domaine de la santé (Hamwey et al., 2019), se décompose en plusieurs couches autour de l'élément central qu'est la personne. Le premier niveau, individuel, inclut les caractéristiques comme l'âge et le genre, et les ressources matérielles, sociales, émotives ou mentales disposées, et se combinent aux forces tels le tempérament, la motivation et les traits non cognitifs. Le deuxième niveau, le microsystème, est composé de la famille, de l'entourage, du milieu d'étude et pour certains, le milieu de travail. Le mésosystème, troisième niveau, représente les relations entre deux ou plusieurs composantes du microsystème tandis que le quatrième niveau, l'exosystème, représente les acteurs du milieu qui peuvent interagir avec l'apprenant, tel une personne professeure. Enfin, le macrosystème est le dernier niveau et inclut les normes, valeurs et cultures sociétales. Le chronosystème englobe le tout et permet de prendre en considération les aspects temporels et historiques qui ont un impact sur l'individu et son développement (Hamwey et al., 2019). Les auteurs de la Norme ont adapté ce cadre pour représenter cinq niveaux, soit l'individuel (connaissances, attitudes, compétences et comportements), l'interpersonnel (relation famille/amis/pairs/réseau social), l'établissement (école, environnement, milieu de travail), la communauté (valeurs culturelles, normes et groupes identitaires) et la société (politiques publiques et lois) (Groupe CSA, 2020). Force est de constater que plusieurs facteurs peuvent s'influencer mutuellement et avoir des répercussions sur le bien-être de la personne apprenante. Dans le contexte de cette étude, le niveau individuel sera davantage exploré, en reconnaissant que les autres niveaux peuvent influencer directement le bien-être de l'individu et le soutien formel et informel dont il bénéficie.

Afin d'adopter une approche systémique et holistique de bien-être sur les campus postsecondaires, plusieurs piliers stratégiques du cadre socioécologique pour la santé mentale et le bien-être sont proposés (Groupe CSA, 2020), soit d'offrir un environnement et un milieu d'apprentissage propice, sécuritaire et inclusif; de faire de la sensibilisation afin de réduire la stigmatisation; d'assurer l'accessibilité respectueuse et équitable au milieu d'apprentissage à toutes les personnes étudiantes; de faire de l'intervention précoce grâce à une reconnaissance des signes avant-coureurs de problèmes de santé mentale et une orientation vers les services appropriés; d'offrir un large éventail de mesures de soutien en santé mentale, comprenant le soutien entre pairs, la cyber santé mentale, des conseils pour la réduction des méfaits et les services de conseils professionnels et psychiatriques; et gérer les crises et la postvention. Même si ces stratégies sont très importantes pour le bien-être de la personne apprenante, un bon nombre d'entre elles relèvent de l'informel, tel l'environnement sécuritaire et inclusif. En contexte linguistique minoritaire, le concept d'inclusivité est important, étant donné la diversité de la clientèle étudiante sur le plan linguistique et culturel. Dans ces milieux, trois groupes ethnoculturels se dégagent, soit les francophones issus du milieu, les anglophones majoritaires pour qui le français est une deuxième langue, et les francophones originaires d'autres pays francophones, notamment de pays Africains. Il a été démontré que l'identité ethnolinguistique peut influencer la perception du bien-être (Gueye et al., 2018; Gummadam et al., 2016), ainsi que la littératie en santé mentale, les attitudes et les intentions de recours au soutien (Clough et al, 2018). Une considération pour la diversité devient alors instrumentale dans le soutien à la population étudiante.

État des lieux et objectif de l'étude

Un scan environnemental des établissements postsecondaires canadiens démontre que la majorité d'entre eux offrent des services de soutien, mais que ces derniers n'arrivent pas à répondre aux besoins de toute la population étudiante en raison de longues listes d'attente (Chang et al., 2021). En général, ce sont les grands établissements qui ont une plus grande variété et une meilleure disponibilité de ressources en santé mentale pour leur population étudiante en comparaison aux petits campus. Or, les universités francophones ou bilingues en contexte linguistique minoritaire sont généralement de plus petites tailles, avec des effectifs modestes (Sociopol, 2021). De plus, ces milieux connaissent une pénurie de professionnels bilingues, notamment dans le domaine de la santé mentale. Est-ce que cette pénurie

influence l'état de santé mentale et le recours aux soins des personnes étudiantes?

L'objectif principal de cet article est de brosser un portrait général de l'état de santé mentale, de l'utilisation des sources de soutien informelles et formelles et des facteurs favorisant le recours aux services de soutien formels des personnes étudiantes dans deux universités francophones canadiennes en situation linguistique minoritaire à la sortie de la pandémie. Ces données pourront servir à informer les parties prenantes des besoins de la population étudiante et des enjeux associés à leur utilisation des services de soutien formels en santé mentale sur les campus et dans la communauté.

Méthodologie

Un devis méthodologique mixte a été privilégié pour effectuer cette enquête. Cela nous a permis de prendre connaissance quantitativement des tendances générales quant à la santé mentale et certains comportements de la population étudiante, puis d'approfondir qualitativement sur des sujets particuliers en fonction des résultats obtenus. Dans un premier temps, un sondage en ligne a été administré en novembre 2022 à la population étudiante de deux universités francophones en contexte linguistique minoritaire. L'Université de Saint-Boniface (USB) au Manitoba accueille environ 1400 personnes étudiantes par année. Pour sa part, l'Université de Moncton (UMoncton) au Nouveau Brunswick accueille environ 4500 personnes étudiantes par année sur ses trois campus (Moncton, Edmundston et Shippagan). Ces deux derniers campus sont dans des milieux ruraux de la région nord du Nouveau-Brunswick, nous permettant d'explorer les réalités urbaines et rurales en contexte linguistique minoritaire. Des entrevues semi-dirigées ont ensuite été menées auprès de quelques groupes de personnes étudiantes des quatre campus pour présenter et discuter des faits saillants des résultats du sondage quantitatif relatifs à la santé mentale et l'utilisation des services de soutien formels. Ces entrevues ont également permis de discuter des barrières et des facilitateurs d'accès aux services. Cette étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Saint-Boniface et de l'Université de Moncton. Le consentement libre et éclairé a été obtenu des personnes participantes avant leur participation à l'étude. Des mesures de protection ont été mises en place, soit de fournir les coordonnées des services de soutien sur campus et dans la communauté aux participants du sondage et des entrevues au début de la collecte de données et dans les sections davantage pertinentes (par exemple, lors des questions portant sur le suicide).

Échantillonnage et recrutement

Les personnes participantes au volet quantitatif ont été recrutées par l'entremise d'une annonce envoyée par courriel à toute la population étudiante. Cette annonce a été présentée dans le cadre de plusieurs cours présélectionnés afin d'assurer une représentation adéquate des programmes et des années d'études. Le seul critère d'inclusion à la participation à l'étude était que la personne participante soit inscrite, au moment du recrutement, à l'une des universités mentionnées ci-haut. Au total, 884 hommes et femmes ont complété le sondage, dont 350 de l'Université de Saint-Boniface et 401 du campus de Moncton, 53 du campus de Shippagan et 80 du campus d'Edmundston. À la fin du sondage, les personnes participantes pouvaient indiquer leur intérêt de participer à une entrevue semi-dirigée pour valider les données et approfondir certaines thématiques en répondant à un court questionnaire sociodémographique. Douze entrevues ont été menées au printemps et à l'automne 2023, majoritairement en ligne (Zoom), sinon en personne dans une salle privée sur le campus. Ces entrevues regroupaient plusieurs personnes participantes et ont été enregistrées à des fins de transcription. Les personnes participantes, au nombre de 27, ont reçu une carte-cadeau de 25 \$ en guise de remerciement.

Outils de collecte de données

Le sondage, développé par les membres de l'équipe de recherche de l'Université de Saint-Boniface pour une enquête similaire en 2018 (de Moissac et al., 2020), était composé principalement de questions à choix multiple portant sur le profil sociodémographique, des indicateurs de santé mentale et des comportements à risque (pratiques sexuelles, consommation d'alcool et de drogues et conduite automobile) et l'utilisation de services de santé. Il comprenait le questionnaire Mental Health Continuum-Short Form de 14 items qui évalue la santé mentale globale ainsi que ses trois composantes, soit le bien-être émotionnel (être heureux et satisfait de la vie), social (avoir un sentiment d'appartenance à une collectivité) et psychologique (aimer la plupart des aspects de sa personnalité et avoir des relations interpersonnelles chaleureuses) (Keyes, 2002). Cet outil traduit et validé (Doré et al., 2017; Keyes, 2009) permet une classification de la santé mentale dans trois états, soit florissant, modéré ou languissant. D'autres indicateurs de la santé mentale ont été mesurés, incluant le manque de sommeil plus que d'habitude, la tristesse prolongée, les pensées suicidaires, l'image corporelle négative ainsi que la santé mentale autorapportée, telles qu'inspiré du sondage de l'Enquête sur les campus canadiens (Adlaf, Demers et Gliksman, 2005).

La grille d'entrevue semi-dirigée a été développée par l'équipe de chercheurs en fonction des données quantitatives probantes portant sur la santé mentale et l'utilisation des

services de santé. Globalement, les questions portaient sur la perspective étudiante de l'anxiété et des facteurs favorisant le bien-être et l'utilisation des services sur le campus ou dans la communauté. L'importance de la langue dans le recours aux services de soutien a également été explorée. Les entrevues étaient d'une durée de 60 à 90 minutes.

Analyses

Les statistiques descriptives (proportions; moyennes et écarts-types) ont été effectuées afin de décrire les profils socioéconomiques et académiques, quelques variables de la santé mentale et l'utilisation des services formels des personnes participantes. Les analyses sont présentées selon le genre, tel que justifié dans d'autres études (Poole et Greaves, 2007). Peu de personnes répondantes (n=34) se sont identifiées comme ayant un genre « autre » et afin d'assurer leur anonymat, nous n'avons présenté les données de ces personnes que dans l'ensemble des répondants (tous). Les comparaisons de ces variables selon homme/femme ont été faites au moyen d'un test de Chi-deux ou test exact de Fisher pour les variables catégorielles et d'un test-t pour les variables continues. Le niveau de signification a été établi à 5 %. Ces analyses ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 28 (Inc., Chicago, IL).

Pour l'analyse des données qualitatives, les transcriptions de trois entrevues ont été codifiées de façon indépendante par six membres de l'équipe de recherche. Une première lecture a permis d'identifier les thèmes émergents de premier ordre hiérarchique, soit les catégories déterminées en fonction des principaux thèmes abordés lors des entretiens. Par la suite, pour chacune des catégories retenues, des catégories de second niveau hiérarchique ont été identifiées de façon inductive. Ainsi, une liste de codes a été développée et validée par l'équipe de recherche (Miles et Huberman, 1994). Cette grille d'analyse a ensuite été utilisée pour codifier l'ensemble des entrevues dans les quatre sites. Ce travail a été effectué par une assistante de recherche.

Résultats

Le profil sociodémographique, linguistique et de santé mentale des personnes participantes est présenté pour chacun des campus au Tableau 1. L'âge moyen est d'un peu plus de 21 ans, l'échantillon de Shippagan étant légèrement moins âgé. Ce sont majoritairement des femmes et des personnes aux études à temps plein qui ont participé au sondage; environ la moitié travaille moins de 20 heures par semaine et 40 % ne travaillent pas. Ce sont les personnes étudiantes de l'Université de Moncton, tous les campus confondus, qui sont moins portées de travailler. Le milieu de vie est moins souvent le milieu urbain pour les personnes participantes des campus de l'Université de Moncton que de l'Université

Tableau 1. Profil des personnes participantes du sondage

	Université de Saint-Boniface n=350		Université de Moncton, campus de Moncton n=401		Université de Moncton, Shippagan n=53		Université de Moncton, Edmundston n=80		Total N=884		Valeur p	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE												
Âge (moyenne en années ± erreur standard)	21,87 ± 0,32		20,79 ± 0,21		20,08 ± 0,5		21,34 ± 0,63		21,22 ± 0,17		0,01	
Femme*	234	71	293	75	43	86	54	68	624	73	0,074	
Aux études à temps plein	332	96	391	99	50	94	73	96	846	97	0,066	
Moyenne d'heures de travail par semaine (emploi payé)	Ne travaille pas		99	28	199	50	23	43	29	36	350	40
	Moins de 20h		198	57	178	45	21	40	34	43	431	49
	20h ou plus		52	15	22	6	9	17	17	21	100	11
Milieu de vie majoritairement urbain	258	75	225	57	20	39	41	54	544	63	<,001	
Venu d'un autre pays pour poursuivre ses études postsecondaires	59	17	49	12	8	15	12	16	128	15	0,346	
Habite avec	Seul.e		27	8	75	19	14	26	21	26	137	16
	Mon/ma conjoint.e/partenaire		45	13	49	12	3	6	10	13	107	12
	Un (mes) parent.s et ma famille		202	58	133	33	19	36	40	50	394	45
	Autres membres de ma famille (sans le.s parent.s)		33	10	25	6	0	0	2	3	60	7
	Ami.e.s/connaissances/colocataires		33	10	112	28	14	26	7	9	166	19
Autre		9	3	6	2	3	6	0	0	18	2	
PROFIL LINGUISTIQUE												
Français comme la/ou l'une des premières langues apprises et toujours comprises	201	59	358	92	48	98	71	93	678	79	<,001	
Le français ou le français et une autre langue le plus souvent utilisé à domicile	158	46	345	89	47	96	75	99	625	73	<,001	
PROFIL DE SANTÉ MENTALE												
État de santé mentale auto-rapporté excellent ou très bon	78	24	88	24	11	25	28	39	205	26	0,045	
Satisfait de la vie, auto-rapporté	170	53	215	59	25	57	52	73	462	57	0,015	
Haute estime de soi, auto-rapporté	165	51	200	55	18	41	50	70	433	54	0,008	
Score total Santé mentale (moyenne ± erreur standard)	42,59 ± 0,86		41,74 ± 0,8		43,63 ± 2,06		49,31 ± 1,76		42,83 ± 0,54		0,002	
Score bien-être émotionnel (moyenne ± erreur standard)	10,07 ± 0,18		10,43 ± 0,17		10,9 ± 0,38		11,88 ± 0,35		10,43 ± 0,11		<,001	
Score bien-être social (moyenne ± erreur standard)	13,32 ± 0,35		11,94 ± 0,33		12,63 ± 1,01		14,72 ± 0,89		12,77 ± 0,23		0,002	
Score bien-être psychologique (moyenne ± erreur standard)	19,31 ± 0,4		19,35 ± 0,37		20,9 ± 0,96		22,55 ± 0,75		19,69 ± 0,25		0,003	
Santé mentale florissante	120	44	135	44	17	46	35	55	307	45	0,455	
Santé mentale languissante ou modérée	151	56	172	55	20	54	29	45	372	55		
Sentiment de dépression prolongée (2 semaines ou plus), auto-rapporté	196	61	217	59	29	66	37	53	479	60	0,517	
Fais de l'anxiété, auto-rapporté	280	88	322	88	38	86	56	79	696	87	0,229	
Manque de sommeil plus que d'habitude, auto-rapporté	193	60	217	59	30	68	42	59	482	60	0,714	
Faible image corporelle, auto-rapporté	162	52	161	46	19	45	26	39	368	48	0,166	
Pensées suicidaires, auto-rapporté	67	21	49	13	6	14	8	12	130	16	0,04	
Préparé un plan de suicide, auto-rapporté	29	9	22	6	4	9	6	9	61	8	0,489	

de Saint-Boniface. La proportion de personnes participantes venant d'un autre pays est d'environ 15 %. Environ la moitié des personnes répondantes vit avec leurs parents et famille, quoique cela est moins rapporté au campus de Moncton et de Shippagan, où il est plus probable de vivre seul ou avec des amis ou connaissances.

Le profil linguistique diffère selon la province d'appartenance de la personne répondante. Le français est la langue ou parmi une des langues maternelles de la grande majorité des personnes répondantes des campus au Nouveau-Brunswick (92 % ou plus), tandis que cela n'est le cas que pour 59 % des personnes répondantes du Manitoba. La tendance est la même pour la langue parlée à la maison, qui est plus souvent le français ou le français et une autre langue au Nouveau-Brunswick qu'au Manitoba. Notons que pour les personnes répondantes des deux campus du nord du Nouveau-Brunswick, l'usage du français est presque à 100 %.

Le profil de santé mentale diffère significativement entre les répondant.es des différents campus. Globalement, environ le quart des personnes répondantes rapportent une excellent ou très bonne santé mentale tandis qu'un peu plus de la moitié sont satisfaits de leur vie et ont une haute estime de soi. Cela varie toutefois, surtout pour les personnes répondantes du campus d'Edmundston qui rapportent des résultats plus positifs sur ces variables en comparaison aux personnes répondantes des autres campus. Le score de santé mentale diffère aussi selon le campus d'appartenance. C'est au campus d'Edmundston que les moyennes des scores pour le bien-être émotionnel, social et psychologique sont plus élevées en comparaison aux moyennes obtenues sur les autres campus. Notons toutefois que la moyenne du score de bien-être social est également un peu plus élevée pour les personnes répondantes de l'Université de Saint-Boniface. La proportion de personnes répondantes ayant obtenu un score de santé mentale florissant est légèrement inférieure (45

Tableau 2. Gestion de l'anxiété, sources de soutien informel et utilisation des services formels

	Université de Saint-Boniface n=350		Université de Moncton, Moncton n=401		Université de Moncton, Shippagan n=53		Université de Moncton, Edmundston n=80		Total N=884		Valeur p	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
GESTION DE L'ANXIÉTÉ (ceux qui font de l'anxiété)												
Bonnes habitudes de vie (bien manger, faire de l'exercice, dormir suffisamment)	175	63	197	63	22	58	35	63	429	63	0,933	
Méditation ou pleine conscience	66	24	101	32	7	18	24	43	198	29	0,006	
Thérapie ou counseling individuel ou de groupe	66	24	67	21	8	21	4	7	145	21	0,049	
Médicaments sur ordonnance	52	19	60	19	10	26	4	7	126	18	0,092	
Auto-médication (y inclus la marijuana/cannabis)	35	13	39	12	3	8	5	9	82	12	0,734	
SOURCES DE SOUTIEN INFORMEL												
Je n'ai personne à qui me confier	31	8,9	27	8,8	4	9,5	5	7,6	67	8	0,985	
Ami.e.s	193	63	233	67	26	62	41	62	493	64	0,73	
Un parent	145	47	173	49	28	67	38	58	384	50	0,067	
Conjoint.e	116	38	153	44	22	52	32	49	323	42	0,131	
UTILISATION DES SERVICES FORMELS (au cours de la dernière année)												
Médecin de famille ou infirmier.ère praticien.ne	256	81	298	83	36	84	54	79	644	82	0,86	
Services de santé privés	246	79	290	81	35	81	50	75	621	80	0,7	
Clinique ou centre de santé	241	78	212	60	21	51	33	49	507	66	<,001	
Clinique sans rendez-vous	221	71	199	56	23	54	38	57	481	62	<,001	
Services hospitaliers	170	55	227	64	31	72	52	78	480	62	0,002	
Services de soutien en santé mentale	136	44	169	48	23	54	17	26	345	45	0,007	
Service d'accessibilité aux études sur campus	127	42	142	40	21	50	36	55	326	42	0,117	

%) à la proportion ayant obtenu un score de santé mentale languissante ou modérée (55 %).

Quant aux indicateurs de santé mentale, le sentiment de dépression est ressenti par environ 60 % des personnes répondantes tandis que 87 % rapportent de l'anxiété, 60 % manquent de sommeil plus que d'habitude et 48 % disent ne pas être à l'aise avec leur image corporelle, tous campus confondus. Une plus forte proportion de personnes participantes à l'Université de Saint-Boniface ont eu des pensées suicidaires (21 %) qu'aux campus de l'Université de Moncton, quoique 9 % des personnes répondantes des campus de Shippagan et d'Edmundston, tout comme à l'Université de Saint-Boniface, ont rapporté avoir préparé un plan de suicide.

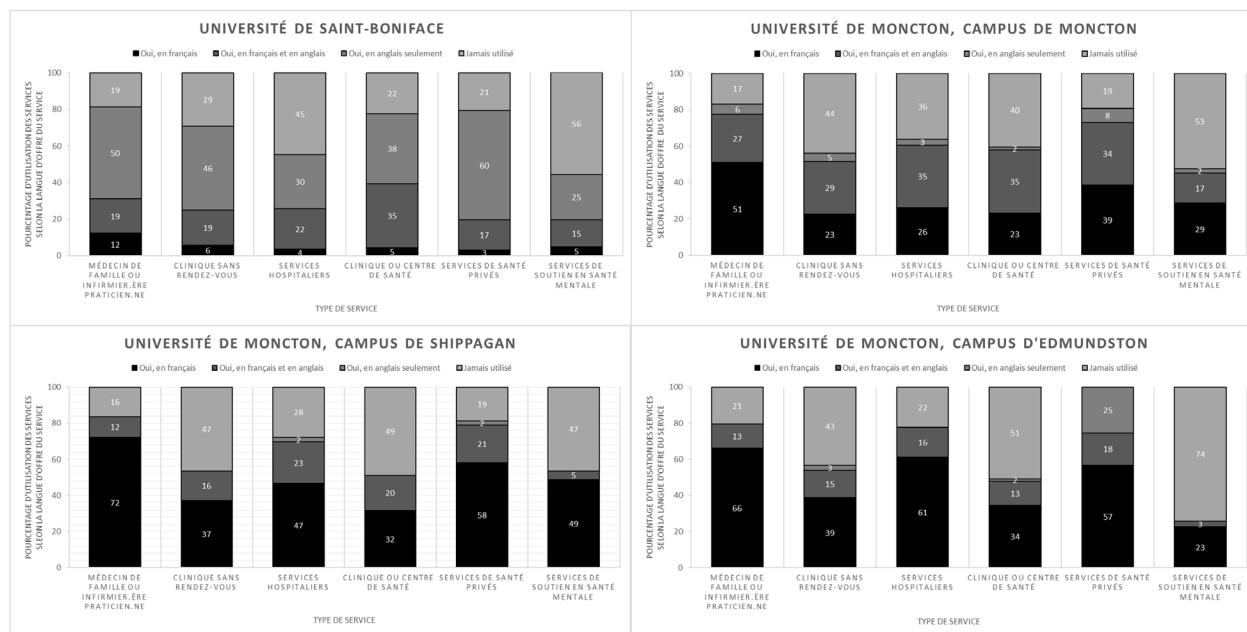
Les données qui se rapportent à la gestion de l'anxiété, au soutien informel et à l'utilisation des services formels sont présentées au Tableau 2. Une grande majorité des personnes répondantes utilisent de bonnes habitudes de vie associées à l'alimentation, l'activité physique et le sommeil pour gérer leur anxiété. Environ le tiers pratique la méditation ou la pleine conscience, et ce, de façon plus importante par les personnes participantes du campus d'Edmundston. Près d'une personne répondante sur cinq bénéficie de thérapie ou de counseling individuel ou de groupe, quoique cette proportion représente moins d'une personne sur dix pour les personnes répondantes du campus d'Edmundston. La tendance est la même pour

l'utilisation de médicaments sur ordonnance, avec un taux plus faible chez les personnes répondantes d'Edmundston, mais plus élevé pour les personnes de Shippagan. Enfin, l'auto-médication est pratiquée par environ 12 % des personnes répondantes.

En ce qui concerne le soutien informel, une proportion importante des personnes répondantes rapporte se confier à un ami ou une amie (64 %), à un parent (50%) et à un conjoint ou une conjointe (42 %). Aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les campus. Notons que 8 % des personnes participantes n'ont personne à qui se confier.

L'utilisation des services de santé formels est également rapportée au Tableau 2. Environ 80% de la population étudiante a eu recours aux services d'un médecin de famille ou d'une infirmière praticienne ou à des services de santé privés tel le dentiste ou la massothérapie au cours de la dernière année, tous campus confondus. Environ les deux tiers ont utilisé une clinique médicale ou un centre de santé, une clinique sans rendez-vous ou les services hospitaliers pendant cette même période. Les proportions sont toutefois plus élevées pour l'utilisation d'une clinique pour les personnes répondantes de l'Université de Saint-Boniface, tandis que l'utilisation des services hospitaliers est plus commune chez les personnes répondantes des campus du Nouveau-Brunswick. L'utilisation des services de soutien en santé mentale est rapportée par 45 % des personnes répondantes, avec une plus faible

Figure 1. Utilisation des services selon la langue d'offre du service, par campus



proportion par les personnes du campus d'Edmundston (26 %). Enfin, les services d'accessibilité aux études offerts sur les campus sont utilisés par 42 % des répondants.

Le pourcentage d'utilisation des services par les personnes participantes pour chacun des campus et en référence à la langue dans laquelle le service a été reçu est présenté à la Figure 1. Peu importe le service utilisé, les services reçus en français uniquement sont peu fréquents pour les personnes répondantes du campus de l'Université de Saint-Boniface en comparaison aux services reçus par les personnes répondantes des trois campus de l'Université de Moncton. Par ailleurs, aux campus Shippagan et Edmundston, la majorité de ceux qui reçoivent ces services les reçoivent en français en comparaison à Moncton ou les proportions de services reçus en français est d'environ la moitié. La plupart du temps, les services sont reçus en anglais seulement au Manitoba, tandis que la tendance est plutôt vers le français ou le français et l'anglais au Nouveau-Brunswick. Bien que les services de santé mentale soient utilisés par une plus faible proportion de personnes répondantes, ces services ont majoritairement été reçus en français au Nouveau-Brunswick.

Données qualitatives

Profil des personnes participantes

Les personnes participantes aux entrevues ont été informées des données présentées ci-haut en fonction de leur université d'appartenance, en comparaison avec soit les données manitobaines ou les données du Nouveau-Brunswick. Parmi les 27 personnes interviewées, les deux-tiers provenaient du campus de Moncton et représentaient plusieurs disciplines d'études. L'âge moyen était de 21,7 ans et un peu plus de la moitié étant des femmes. L'échantillon contenait une bonne représentation de la diversité présente au sein de la population étudiante : un tiers des personnes était de l'international, environ un cinquième était non-hétérosexuel et un dixième non-binaire. Cependant, la représentation autochtone était faible.

Perception de la santé mentale étudiante

La majorité des personnes qui ont participé aux entrevues n'était pas surprise des données sur la santé mentale. L'anxiété et les pensées suicidaires sont normalisées en milieu universitaire, nous explique une répondante :

Pour moi, le taux d'anxiété chez les étudiants... je ne suis pas vraiment surpris de ce nombre-là, avec la plupart des étudiants, moi inclus, quand je parle d'anxiété, c'est couramment, c'est partout (P3,

E031023, USB).

Parmi les personnes participantes du Nouveau-Brunswick, on s'étonne que l'état de santé mentale de la population à Edmundston semble être meilleure que sur les autres campus.

Les causes principales de l'anxiété ou du stress vécu par la population étudiante sont surtout associées aux exigences académiques, soient les travaux, les évaluations et le rythme à maintenir tout au long de la session. On rapporte également de l'anxiété de performance qui, pour certaines personnes, est associée aux pressions familiales. Quelques personnes répondantes soulignent que les effets de la pandémie perdurent, notamment en raison de l'absence de soutien social pendant la pandémie qui continue d'avoir un effet néfaste sur leur façon de gérer le stress. En moindre mesure, l'anxiété sociale en salle de classe et la transition du secondaire au postsecondaire semblent être problématiques pour certaines personnes.

Autres que les préoccupations associées aux études, les responsabilités adultes, notamment l'insécurité financière et l'incertitude face à l'avenir, sont difficiles à gérer, tel qu'expliqué par une personne participante:

Moi je suis quelqu'un qui fait beaucoup d'anxiété financière. Juste le fait de savoir que ok, je n'ai pas beaucoup d'argent qui me reste, c'est un stress que j'ai à tous les jours (P2, E230323, campus de Moncton).

Quelques personnes participantes ont fait valoir que des défis d'ordre personnel, tels une maladie ou un problème de santé, l'utilisation de substances, la pression familiale et la solitude associée à une intégration sociale difficile ou le fait de venir d'ailleurs, contribuent à leur anxiété. Le cumul de préoccupations semble amplifier le problème. Pour certaines personnes, les attentes des parents vis-à-vis leurs études sont difficiles à surpasser étant donné la cohabitation et le soutien financier reçu des parents. Enfin, une disponibilité limitée aux services contribue au stress :

souvent j'entends des collègues, les études, c'est un stress en additionnant la vie et avoir des services qui ne sont pas toujours disponibles (P1, E031023, USB).

Le temps d'attente prolongé pour les services peut contribuer au découragement :

Je ne peux pas croire que ça ne peut pas être inter-relié que les taux de, comme de pensées suicidaires sont autant haut avec les temps d'attentes. C'est normal que quelqu'un qui est comme sur le bord de toute laisser tomber, fait voix, ou entend ces temps

d'attentes là est comme : "Ne vaut pas la peine d'attendre " (P3, E2300323, campus de Moncton).

Facteurs de protection d'une bonne santé mentale

Parmi les facteurs qui semblent favoriser le bien-être, les personnes ayant participé aux entrevues ont noté d'abord des facteurs internes tels le type de personnalité, avoir confiance en soi et être capable de s'adapter aux changements. Ensuite viennent les bonnes relations interpersonnelles et l'équilibre de vie, soit de contrebalancer les études et le travail avec de saines habitudes de vie, des divertissements et des occasions d'être créatif. Les personnes participantes constatent que d'avoir des gens avec qui parler est essentiel pour une bonne santé mentale. Une bonne gestion du temps et du stress est importante, ainsi que la sécurité financière. Enfin, les personnes participantes soutiennent que d'accepter d'avoir besoin d'aide pour sa santé mentale, que ce soit d'avoir recours à une personne professionnelle de la santé ou des médicaments, peut contribuer à un sentiment de bien-être.

Un campus qui favorise le bien-être

Les personnes qui ont participé aux entrevues ont souligné cinq axes à considérer pour que l'environnement du campus soit plus propice à réduire l'anxiété étudiante. Les deux premiers axes portent sur l'accès à des ressources et des services (ex., services psychologiques et d'accessibilité aux études) et l'accessibilité, l'ouverture d'esprit des personnes professeuses et la prise en considération de la situation personnelle de la personne étudiante. Le troisième axe porte sur les pairs-aidants ou mentors qui peuvent faciliter la transition, démystifier les études postsecondaires et offrir une occasion de partager ses expériences. Les deux derniers axes portent sur un environnement culturellement adapté à la clientèle étudiante et une culture d'apprentissage où le bien-être est réellement considéré. Des suggestions précises portent sur les méthodologies d'apprentissage avec stratégies pour réduire l'anxiété, des espaces physiques adéquats pour étudier, la possibilité de parler ouvertement, de demander l'avis des personnes étudiantes par sondage et de faire la promotion du bien-être et des ressources disponibles de manière visuelle sur le campus.

L'utilisation des services par les jeunes universitaires

Les personnes participantes ont également validé les données qui portent sur l'utilisation des services par la population étudiante. Bien que la majorité n'était pas surprise d'une faible utilisation des services en santé mentale, certaines personnes s'étonnent qu'au moins la moitié des personnes répondantes « prendrait la peine de vraiment travailler là-

dessus en allant voir une personne, une psychologue, peu importe » (P1, E240323, campus de Moncton, Université de Moncton). Par ailleurs, plusieurs personnes répondantes, notamment du campus de Moncton, constatent :

on a déjà beaucoup de bons services à l'Université de Moncton, en santé mentale et tout ça (P1, E290923, campus de Moncton).

L'utilisation des services par les jeunes universitaires

Les barrières à l'utilisation des services ont été classées en barrières internes qui relèvent directement de la personne dans le besoin et des barrières externes, soit des éléments associés aux services disponibles. Les barrières internes sont plus souvent discutées et regroupent les attitudes et croyances qui mènent à la stigmatisation, par exemple une honte de parler de ses problèmes, une peur que ce soit divulgué à d'autres, se faire prendre pour un faible ou se percevoir comme étant faible, être méfiant des autres et se sentir dénigrés. Faire demande pour une aide demeure tabou. D'autres estiment que leurs problèmes ne sont pas suffisamment graves pour avoir recours à des services, tel qu'énoncé ici :

ils vont souvent se dire "ah bien moi finalement, ce n'est pas si pire que ça comparer aux autres" là. Tandis qu'at the end of the day, comme, tout le monde devrait aller (P1, E160323, campus de Moncton).

Pour d'autres, notamment les personnes de l'international, la dimension culturelle est à considérer, car ce n'est pas une pratique courante pour eux d'avoir recours à un service de santé mentale. Comme l'explique une participante :

Pour les Africains, la plupart n'ont pas vraiment la culture d'aller voir les services psychologiques pour ce genre de cas et souvent, on n'arrive même pas à l'admettre que soit on est en dépression ou on a de l'anxiété ou soit qu'il y a aussi des chocs culturels qu'on peut être en train de vivre, mais on ne sait pas en parler vu que ça ne fait pas partie de notre culture (P2, E041023a, USB).

Il peut donc y avoir une préférence de vouloir régler soi-même ses problèmes ou attendre que ça passe.

D'autres barrières internes sont associées au fait d'avoir eu une expérience négative par le passé, où la qualité des services était faible. D'autre part, la prise en charge du bien-être par le jeune ne s'effectue pas lors de la période transitoire entre l'adolescence et le stade jeune adulte. Plusieurs personnes ont noté le manque d'énergie mentale, que ce soit d'être dans un état anxieux, d'être trop occupé ou ne pas avoir le temps de

travailler sur les problèmes à régler. Pour d'autres, l'insécurité linguistique, que ce soit en français ou en anglais, pose problème. Enfin, certaines personnes préfèrent l'autogestion, qui comprend le soutien informel et les bonnes habitudes de vie, comme moyen de subvenir à leurs besoins plutôt que d'avoir recours à un service formel.

Parmi les barrières externes, les coûts financiers associés aux services psychologiques privés semblent être une préoccupation commune. Les personnes participantes rapportent également l'accès limité, que ce soit la distance ou le délai d'attente, un service unilingue, en présentiel seulement, selon un horaire inflexible ou un manque de suivi. Pour la majorité des personnes ayant participé aux entrevues, l'accès à des services en français est important. Pour certaines personnes, c'est primordial, que leurs compétences langagières en anglais soient fortes ou faibles :

Étant francophone de la Péninsule Acadienne, je dirais que c'est primordial d'avoir des services en français. Autant que je suis bilingue, que je peux m'exprimer en anglais puis que j'ai aucun problème en anglais ... je veux m'exprimer en français parce que c'est ma langue de choix et parce que, tu sais, j'ai grandi dans cette langue-là (P3, E230323, campus de Moncton);

Je dirais en français pour m'exprimer clairement parce qu'il y a des choses que je ne saurais pas expliquer en anglais (P1, E280923, USB).

Pour d'autres, il s'agit d'être à l'aise, de bien comprendre l'autre, d'être en confiance. Comme le dit un participant:

Ah oui, big time! Ça c'est, ah honnêtement...c'est une grande priorité parce que veut, veut pas, si tu as des problèmes de santé mentale puis ta première langue c'est le français, mais disons que c'est kinda difficile de tout traduire dans ta tête pour expliquer tes problèmes quand tu struggle déjà à t'exprimer sur ces sujets sensibles là (P1, E160323, campus de Moncton).

Les personnes participantes de l'Université de Saint-Boniface constatent des défis importants portant sur les services en français. Le fait de ne pas avoir les services dans sa langue décourage, nous disent quelques personnes répondantes:

souvent les services en anglais sont la seule option que j'ai. (P1, E031023, USB)

je vais toujours chercher en anglais en premier, je vais même pas aller regarder en français parce que je m'attends qu'il y a rien... Je sais que ma mère avait essayé de trouver un médecin de famille en français et elle était sur une liste d'attente. Ils ont dit " oh il faut que

t'attends comme c'était trois ans", mais là, si on voulait un médecin de famille en anglais, c'était pas trois ans, c'était comme plus ou moins immédiatement. C'est une grosse différence, c'est décourageant. Essayer d'avoir des services en français..., c'est comme si c'est plus de travail pour nous (P1, GF2-230323, USB).

Globalement, les services en français sont difficilement accessibles au Manitoba, selon les personnes participantes.

Facteurs favorisant l'utilisation des services de soutien

Les personnes qui ont participé aux entrevues n'ont rapporté que des facteurs externes comme éléments favorables à l'utilisation des services. Ces facteurs se rapportent dans un premier temps à la facilité d'accès aux services. La simplicité pour la prise de rendez-vous par texto, en ligne ou via le portail étudiant, sans intermédiaire, avoir le choix d'une intervention en présentiel ou virtuelle et un court délai pour un rendez-vous semblent être les éléments essentiels. D'avoir une bonne relation thérapeutique existante et de l'entretenir fait en sorte que certaines personnes n'utilisent pas les services sur campus, mais ont toutefois l'aide dont elles ont besoin.

Dans un deuxième temps, connaître les services disponibles est indispensable. Selon les personnes participantes, les services doivent être bien publicisés pour que les étudiants 1) en aient connaissance, 2) sachent les retrouver sur le campus, 3) comprennent le processus qui sera entamé à la suite d'une requête d'aide et 4) comprennent les types de services offerts. La confidentialité assurée lors du recours aux services, le fait que ce soit gratuit et qu'on puisse s'y présenter, même « juste pour jaser », et pas nécessairement pour un gros problème de santé mentale, sont également des éléments importants à promouvoir auprès de la population étudiante. Tel que décrit par un participant par rapport aux services:

il y a comme une connotation négative. C'est comme oh, il faut que tu aies un problème pour aller. Je pense, il faudrait peut-être changer ça pour que ça soit vu d'une façon plus positive, comme " oh tu viens ici parce que tu as une bonne santé mentale, et tu veux la rendre meilleure". Comme viens ici pour que les choses aillent mieux (P2, GF2, USB).

Pour mieux faire connaître les services disponibles au campus, les personnes participantes suggèrent une meilleure publicité et une invitation spécifique adaptée culturellement pour les personnes étudiantes de l'international. Un environnement inclusif et accueillant sur campus passe par des activités divertissantes axées sur le plaisir, ce qui aura aussi des retombées positives sur le bien-être et le sentiment

d'appartenance, nous disent les personnes participantes. Les personnes qui interviennent doivent être formées et les ressources adaptées à la diversité, reflet de la population étudiante. Enfin, la présence d'une personne qui revendique pour les personnes étudiantes, tel une personne pair-aidante, pourrait favoriser le recours aux services, tout comme un programme de mentorat. Une emphase sur des stratégies de prévention est également à prioriser.

Discussion

Cette étude avait pour but de brosser un portrait de l'état de santé mentale, de l'utilisation des sources de soutien informelles et formelles et des facteurs favorisant le recours aux services de soutien formels des personnes étudiantes de deux universités francophones en situation linguistique minoritaire. Les résultats démontrent que l'état de santé mentale de la population étudiante demeure fragile et que certaines barrières persistent quant à l'accès aux services de santé mentale dans sa langue officielle.

Les résultats du questionnaire sociodémographique pour le volet quantitatif montrent que les personnes répondantes étaient majoritairement des femmes, aux études à temps plein, occupaient un emploi et habitaient avec leurs parents. Les personnes des trois campus de l'Université de Moncton avaient davantage le français comme langue maternelle et langue parlée à la maison que celles de l'Université de Saint-Boniface. Ces résultats peuvent s'expliquer en partie par le fait que le contexte linguistique est davantage minoritaire au Manitoba (une proportion importante de personnes inscrites à l'Université provient des écoles d'immersion française) et par le déclin depuis 2018 de l'usage du français à la maison par les jeunes en milieu postsecondaire (de Moissac, Gueye et Rocque, 2019). Le contexte linguistique et le déclin du français à la maison pourraient entraîner une insécurité linguistique (Bergeron, Blanchet et Lebon-Eyquem, 2022) et entraîner des répercussions sur le bien-être en milieu éducatif francophone et le recours à des services formels en français.

En ce qui concerne les résultats sur la santé mentale, des proportions importantes de personnes répondantes ont déclaré des symptômes d'anxiété et de dépression sur une période prolongée en plus d'un manque de sommeil. Les résultats des quatre campus au questionnaire MHC-SF montrent que 55 % ont une santé mentale languissante ou modérée. Ces résultats sont légèrement plus élevés que ceux obtenus en 2018 à l'Université de Saint-Boniface (42 % avec une santé mentale languissante ou modérée; de Moissac, Gueye et Rocque, 2019), et légèrement plus faible que les données d'une étude nationale menée en 2022 (68

% avait une santé mentale languissante ou modérée; ACHA, 2022). Nos résultats montrent que 16 % des personnes répondantes ont rapporté des pensées suicidaires, un pourcentage nettement plus faible que les résultats obtenus dans l'étude nationale (41 %; ACHA, 2022). Les entrevues qualitatives ont permis de préciser les facteurs qui peuvent faire augmenter la prévalence de l'anxiété et des pensées suicidaires, notamment la normalisation de l'anxiété et du suicide dans le milieu universitaire, l'anxiété de performance, les exigences académiques, les pressions familiales et l'introduction aux nouvelles responsabilités d'adultes. Néanmoins, une proportion importante de jeunes rapporte que pratiquer de saines habitudes de vie et d'entretenir de saines relations interpersonnelles (par ex. avec des membres de la famille ou amis) peut aider à gérer les symptômes anxieux. Finalement, accepter d'avoir besoin d'aide, qu'elle soit par une personne professionnelle de la santé et de la médication, peut contribuer à un sentiment de bien-être.

Pour ce qui est de l'utilisation de services de santé par la population étudiante, un médecin de famille ou une infirmière praticienne et les services de santé privés sont les plus fréquemment utilisés, et ce pour les quatre campus. Les cliniques médicales ou sans rendez-vous semblent plus fréquemment utilisées au Manitoba alors que les services en milieu hospitalier seraient plus fréquents au Nouveau-Brunswick. Les services en santé mentale et d'accessibilité aux études sont utilisés par environ la moitié des personnes répondantes. Certains facteurs ont été identifiés quant à la préférence dans l'accès aux services. La langue du service est ressortie comme une priorité. Notamment l'accès à des services en français permettrait de favoriser la relation d'aide et la confiance de recevoir un service de qualité. De plus, les modalités et le format de la prise de rendez-vous et des sessions semblaient importants, par exemple la prise de rendez-vous en ligne, le choix d'une intervention en présentiel ou virtuelle et les délais d'attente minimes pour accéder au service. Finalement, la visibilité des services offerts au campus ressort comme un point important dans l'accessibilité des services, que ce soit par l'entremise de publicités visant à informer les personnes étudiantes des services, mais également à quoi s'attendre lorsqu'on a recours à ce service.

À la lumière de ces résultats, le modèle socioécologique dans le contexte de la santé mentale et du bien-être des personnes étudiantes au postsecondaire permet d'illustrer l'importance du niveau individuel, soit les attitudes et les comportements adoptés face à la santé mentale et au recours aux soins. Souvent, la stigmatisation intervient de manière importante et dresse une barrière à la demande d'aide. Le microsystème,

notamment les relations interpersonnelles entretenues avec la famille et les amis, est une source importante de soutien informel, mais peut aussi devenir source d'anxiété en raison de pressions familiales. Selon les dires des participants, l'environnement postsecondaire et les valeurs qui y circulent ont également une place importante tant sur le bien-être que sur le recours à l'aide.

En utilisant les piliers stratégiques du cadre socioécologique et les lignes directrices de la Norme nationale du Canada pour la santé mentale et le bien-être pour les étudiants du postsecondaire, l'importance d'assurer un environnement d'apprentissage adapté et inclusif et de cerner les besoins spécifiques de la population étudiante en milieu linguistique minoritaire est primordiale. Les réalités sont diverses et hétérogènes en ce qui concerne les origines, les cultures, les identités et les compétences langagières (Bock et Frenette, 2020). Le respect et l'ouverture vers l'autre sont nécessaires pour créer un environnement dans lequel chacun se retrouve et se sent en mesure de participer pleinement. Comme certaines attitudes et croyances perdurent, la santé mentale et le recours à du soutien formel demeurent stigmatisés et sujets tabous pour plusieurs. Des campagnes de sensibilisation ciblant la stigmatisation associée à la recherche d'aide pourraient adresser cette barrière.

Il est donc aussi nécessaire d'offrir un large éventail de mesures de soutien en santé mentale tel que des services directs de la part de professionnels, le soutien entre pairs et le recours aux ressources de cybersanté mentale. L'utilisation d'applications mobiles ou web pour favoriser la recherche d'aide formelle et informelle pourrait être bénéfique, surtout en contexte linguistique minoritaire, pour diriger les jeunes vers les ressources francophones locales et celles disponibles en ligne telle la plateforme virtuelle *équilia*, qui a été développée pour rehausser les services de santé mentale pour la minorité francophone ontarienne (Wong et al., 2021; Yamauchi et al., 2023; Wiljer et al., 2020). Une autre avenue à considérer est la mise en ligne d'un annuaire ou des points de services sur campus, car la méconnaissance des services, notamment des services publics, contribue au non-recours.

Une analyse secondaire des données portant sur la santé mentale et l'utilisation des services, comparant les divers groupes ethnoculturels au sein de la population étudiante, telles les personnes de l'international, métisses ou autochtones, francophones langue première et langue seconde, pourrait mieux informer les coordonnateurs des services aux étudiants des besoins prioritaires et des enjeux qui sont propres à ces groupes. Par ailleurs, la mise en place de mesures de soutien sur campus pourrait avoir des implications pour la recherche,

notamment des études portant sur le développement et l'évaluation de ces services ainsi que l'impact sur la santé mentale et le recours aux services par la population étudiante.

Forces et limites de l'étude

Cette étude est une des premières à explorer l'utilisation des sources de soutien des personnes étudiantes postsecondaires vivant en situation linguistique minoritaire au Canada. Elle met en valeur les principes directeurs de la Norme nationale du Canada pour la santé mentale et le bien-être pour les étudiants du postsecondaire (Groupe CSA, 2020) et démontre que cette dernière peut bien s'adapter au contexte postsecondaire de la minorité linguistique canadienne.

Notons toutefois quelques limites de l'étude, soit que notre échantillon était de convenance et que la majorité des réponses dans le sondage étaient auto-rapportées, et donc subjectives. De plus, nous observons une sous-représentation des personnes étudiantes de l'international. La taille de l'échantillon de deux des campus était petite et les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des communautés francophones en situation linguistique minoritaire vu les divers contextes provinciaux et territoriaux ayant une incidence sur la densité et la distribution géographique des francophones et l'offre de services en français.

Conclusions

En conclusion, cette étude confirme que la population étudiante en milieu postsecondaire en situation linguistique minoritaire francophone a des besoins concernant son bien-être. Bien qu'une proportion importante des jeunes a recours aux services formels pour sa santé mentale, l'accès à ce soutien dans la langue officielle minoritaire demeure un enjeu important, tout comme la stigmatisation associée à ce recours au soutien. Les établissements postsecondaires sont bien placés pour sensibiliser les jeunes de l'importance de demander une aide et de la disponibilité de sources de soutien en français sur le campus et dans la communauté. Ainsi, les jeunes seront mieux informés et soutenus dans leur recherche d'aide, ce qui bénéficiera leur bien-être et leur réussite académique.

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier toutes les personnes étudiantes qui ont accepté de participer à cette étude en complétant le sondage. L'équipe est également reconnaissante envers les personnes des diverses universités qui ont facilité la cueillette des données. La réalisation de cette étude a été possible grâce à une contribution financière des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (numéro

de financement OLG-179700). Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à signaler en ce qui se rapporte à cette étude et ce manuscrit.

Références

- Acharya, L., Jin, L. et Collins, W. (2018). College life is stressful today – emerging stressors and depressive symptoms in college students. *Journal of American College Health*, 66(7), 655-664. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1451869>
- Adlaf, E. M., Demers, A. et Gliksman, L. (2005). Enquête sur les campus canadiens 2004. http://www.camh.ca/en/research/research_areas/social-epi-research/Documents/CCS_2004_report.pdf
- American College Health Association. (2022). National College Health Assessment III: Canadian Reference Group Data Report Spring 2022. https://www.acha.org/wp-content/uploads/2024/07/NCHA-III_SPRING_2022_CANADIAN_REFERENCE_GROUP_DATA_REPORT.pdf
- Bergeron, C., Blanchet, P. et Lebon-Eyquem, M. (2022). Étude exploratoire de l'insécurité linguistique et de la glottophobie chez des étudiants universitaires de l'Ontario. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (19), 3–25. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.7202/1094396ar>
- Bock, M. et Frenette, Y. (2020). La francophonie canadienne depuis les années 1980 : débats, mobilisations et projections. *Recherches sociographiques*, 61(2-3), 233–243. <https://doi.org/10.7202/1077911ar>
- Boutros, G. et Marchak, K. (2021). Factors impacting the mental health of Canadian university students during the COVID-19 pandemic. *University of Toronto Medical Journal* 98(3): 50-56.
- Bronfenbrenner, U. et Ceci, S. J. (1994). Nature–Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective. *Psychological Review*, 101(4), 568-586. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.101.4.568>
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Nock, M. K. et Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of affective disorders*, 225, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044>
- Cardinal, L., Normand, M., Gauthier, A. P., Laforest, R., Huot, S., Prud'homme, D., Castonguay, M., Eddie, M.-H., Savard, J. et Yaya, S. (2018). L'offre active de services de santé mentale en français en Ontario : données et enjeux. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (9), 74–99. <https://doi.org/10.7202/1043497ar>
- Chang, W.-P., Chen, T., Stuart, H. et Chen, S.-P. (2021). Environmental scan of mental wellness resources available on Canadian post-secondary campuses. *Higher Education*, 81:1007–1021. <https://doi.org/10.1007/s10734-020-00594-3>
- Clough, B. A., Nazareth, S. M., Day, J. J. et Casey, L. M. (2018). A comparison of mental health literacy, attitudes, and help-seeking intentions among domestic and international tertiary students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 47(1), 123–135. <https://doi.org/10.1080/03069885.2018.1459473>
- de Moissac, D., Graham, J. M., Prada, K., Gueye, N. R. et Rocque, R. (2020). Mental Health Status and Help-Seeking Strategies of International Students in Canada. *Canadian Journal of Higher Education*, 50(4); 52-71. <https://doi.org/10.47678/cjhe.vi0.188815>
- de Moissac, D., Gueye, N.R. et Rocque, R. (2019). Ma santé, ta santé... notre santé! Étude sur la santé mentale et les comportements à risque des jeunes adultes dans cinq universités au cœur du Canada. <https://ustboniface.ca/ddemoissac/file/Sant-mentale-francais-v1.1-avec-supplement.pdf>
- Doré, I., O'Loughlin, J.L., Sabiston, C.M. et Fournier, L. (2017). Psychometric Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form in French Canadian Young Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4):286-294. <https://doi.org/10.1177/0706743716675855>
- Drolet, M., Bouchard, P. et Savard, J. (2017). Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Findlay, L. C. et Sunderland, A. (2017). Dépression et idéation suicidaire chez les Canadiens de 15 à 24 ans. Rapports sur la santé, produit no 82-003 au catalogue de Statistique Canada.
- Ghanayem, L. K., Shannon, H., Khodr, L., McQuaid, R. J. et Hellemans, K. G. C. (2024). Lonely and scrolling during the COVID-19 pandemic: understanding the problematic social media use and mental health link among university students. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1247807. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.3389/fpsy.2024.1247807>

Gloria, C. et Steinhardt, M. (2016). Relationships Among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health. *Stress and Health*, 32(2), 145–156. <https://doi.org/10.1002/smi.2589>

Groupe CSA. (2020). Norme nationale du Canada sur la santé mentale et le bien-être pour les étudiants du postsecondaire. CSA Z2003 :20.

Gueye, N.R., de Moissac, D. et Touchette, A. (2018). Profil ethnolinguistique et santé mentale de jeunes étudiantes et étudiants au niveau postsecondaire francophone en contexte minoritaire dans l'Ouest canadien, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 37(1):13-28. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2018-004>

Gummadam, P., Pittman, L. D. et Ioffe, M. (2016). School belonging, ethnic identity, and psychological adjustment among ethnic minority college students. *The Journal of Experimental Education*, 84(2), 289–306. <https://doi.org/10.1080/00220973.2015.1048844>

Hamwey, M. , Allen, L. , Hay, M. et Varpio, L. (2019). Bronfenbrenner's Biocological Model of Human Development: Applications for Health Professions Education. *Academic Medicine*, 94 (10), 1621-1621. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002822>

Keyes, C. L. M. (2009). Atlanta: Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). <http://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>

Keyes, C.L.M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.

Kirsh, B., Friedland, J., Cho, S., Gopalsuntharanathan, N., Orfus, S., Salkovitch, M., Snider, K. et Webber, C. (2016). Experiences of university students living with mental health problems: Interrelations between the self, the social, and the school. *Work*, 53(2), 325–335. <https://doi.org/10.3233/WOR-152153>

Labasse, C. (2024). Les jeunes francophones, plus déprimés et anxieux que la moyenne? *Francopresse*. <https://francopresse.ca/francophonie/2024/11/18/les-jeunes-francophones-plus-deprimés-et-anxieux-que-la-moyenne/>

Levesque, A. et de Moissac, D. (2018). Identité ethnolinguistique, continuité culturelle et santé mentale chez les jeunes Franco-Manitobains : Une analyse exploratoire. *Minorités linguistiques et société*, (9), 185–206. <https://doi.org/10.7202/1043502ar>

Mental Health Commission of Canada. (2017). Strengthening the Case for Investing in Canada's Mental Health System: Economic Considerations. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-03/case_for_investment_eng.pdf

Mental Health Commission of Canada. (2016). Making the Case for Investing in Mental Health in Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf

Miles, M. B. et Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2e éd.). Sage Publications, Inc.

Penner, K., de Moissac, D., Rocque, R., Giasson, F., Prada, K. et Brochu, P. (2021). Sense of Belonging and Social Climate in an Official Language Minority Post-Secondary Setting. *Canadian Journal of Higher Education*, 51(4), 26-39. <https://doi.org/10.47678/cjhe.v51i4.189087>

Pitre, T., Thomas, A., Evans, K., Jones, A., Mountjoy, M. et Costa, A. P. (2020). The influence of income on medical school admissions in Canada: a retrospective cohort study. *BMC Medical Education*, 20(1), 209. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1186/s12909-020-02126-0>

Poole, N. et Greaves, L. (2007). Highs and Lows: Canadian Perspectives on Women and Substance Use. <https://coilink.org/20.500.12592/rrstzs>

Rahiman, H. U., Panakaje, N., Kulal, A., Harinakshi et Parvin, S. M. R. (2023). Perceived academic stress during a pandemic: Mediating role of coping strategies. *Heliyon*, 9(6), e16594. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16594>

Rashid, T. et Di Genova, L. (2022). La santé mentale des étudiants sur les campus canadiens en 2020-2021 : Les effets persistants de la COVID-19. Perspectives des responsables des affaires étudiantes et des spécialistes de la santé mentale sur les campus. <http://cacuss-campusmentalhealth.ca/pdf/CMH-COVID-19-FR.pdf>

Sociopol. (2021). Études postsecondaires dans la langue de la minorité : Portrait et analyse des enjeux. <https://icrml.ca/fr/recherches-et-publications/references/download/218/83831/47?method=view>

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. et Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

Spence, R., Owens-Solari, M. et Goodyer, I. (2016). Help-seeking in emerging adults with and without a history of mental health referral: a qualitative study. *BMC research notes*, 9(1), 415. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1186/s13104-016-2227-8>

Wiens, K., Bhattarai, A., Dores, A., Pedram, P., Williams, J. V. A., Bulloch, A. G. M. et Patten, S. B. (2020). Mental Health among Canadian Postsecondary Students: A Mental Health Crisis? *Canadian journal of psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*, 65(1), 30–35. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1177/0706743719874178>

Wiljer, D., Shi, J., Lo, B., Sanches, M., Hollenberg, E., Johnson, A., Abi-Jaoudé, A., Chaim, G., Cleverley, K., Henderson, J., Isaranuwatthai, W., Levinson, A., Robb, J., Wong, H. W. et Voineskos, A. (2020). Effects of a Mobile and Web App (Thought Spot) on Mental Health Help-Seeking Among College and University Students: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 22(10), e20790. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.2196/20790>

Wong, H. W., Lo, B., Shi, J., Hollenberg, E., Abi-Jaoude, A., Johnson, A., Chaim, G., Cleverley, K., Henderson, J., Levinson, A., Robb, J., Voineskos, A. et Wiljer, D. (2021). Postsecondary Student Engagement with a Mental Health App and Online Platform (Thought Spot): Qualitative Study of User Experience. *JMIR mental health*, 8(4), e23447. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.2196/23447>

Yamauchi, T., Shimazaki, T., Yanagisawa, H. et Suka, M. (2023). Formal and informal help-seeking intentions/behaviors among students and workers during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Environmental health and preventive medicine*, 28, 53. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1265/ehpm.23-00095>

Pour contacter les autrices:

*Danielle de Moissac, PhD, professeure titulaire
Faculté des sciences, Université de Saint-Boniface
200 avenue de la Cathédrale, Winnipeg, MB, R2H 0H7
Courriel: ddemoissac@ustboniface.ca
Téléphone: 204-237-1818 poste 348*

*Ndeye Rokhaya Gueye, PhD, professeure titulaire
Faculté des sciences,
Université de Saint-Boniface*

*Vickie Plourde, PhD, professeure agrégée,
Directrice du Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé
mentale des enfants et des jeunes
École de Psychologie, Faculté des sciences de la santé et des
services communautaires, Université de Moncton*

*Jolyève Arseneau, assistante de recherche
Université de Moncton*

*Emilie Levesque, assistante de recherche
Faculté des sciences,
Université de Saint-Boniface*

*Hélène Corriveau, associée de recherche
Université de Moncton*

*Cynthia Goguen, associée de recherche
Université de Moncton*

Abstract

This article presents partial results of a mixed methods study about consensual non-monogamists' perceptions of conciliating their parenting and sexual lifestyle roles. By using the Expanding the Movement for Empowerment and Reproductive Justice Lens that was enhanced by Cowan and Cowan's Ecological Model of the Transition to Parenthood, six out of the eight participants completed an online questionnaire and a semi-structured interview. The qualitative results reveal that parenting consensual non-monogamy contains three phases: contemplating consensual non-monogamy, acting on it, and incorporating it during parenthood. The conciliation of roles depends on family functioning, effective communication, and social support, yet participants found diverse ways to return to their sexual lifestyle. The quantitative results from the Parenting Role-Sexual Role Conciliation Scale support the qualitative ones. Perinatal nurses and allied health care professionals need to know about parenting consensual non-monogamists and how they conciliate their parenting and sexual lifestyle roles.

Keywords Consensual non-monogamy, transition to parenthood, parenting role, sexual lifestyle role, parenting consensual non-monogamy

Parenting Consensual Non-Monogamists' Perceptions of the Conciliation of their Parenting and Sexual Lifestyle Roles

JACQUELINE AVANTHAY STRUS & VIOLA POLOMENO

Introduction

There is a paucity of research on parenting consensual non-monogamists (PCNMs) and their sexual lifestyle (Arseneau et al., 2019; Avanthay Strus, 2019; Klesse, 2019). Consensual non-monogamy (CNM) is defined as a person who engages in a romantic and/or sexual activity with more than one partner, with all partners being aware of their involvement (Hauptert et al., 2017; Matsick et al., 2014). PCNMs are parents who partake in CNM (Avanthay Strus, 2019; Avanthay Strus & Polomeno, 2021, 2024).

There are three main types of CNM: open relationships,

swinging, and polyamory (Arseneau et al., 2019; Hauptert et al., 2017). Open relationships involve consensual extra-dyadic sexual activity, typically without romantic involvement (Fernandes, 2009; Matsick et al., 2014), and originated during the 1960s sexual revolution. They include three models: primary-secondary (one main partnership prioritized), multiple primary (equal-status partners, including polyfidelity), and uncommitted (non-exclusive sexual partnerships) (Labriola, 1999). Swingers engage in sexual activity outside their primary relationship with partner consent, usually for pleasure rather than intimacy (Fernandes, 2009; Jenks, 1998). Swinging emerged in early 20th-century Greenwich Village or from the 1960s free love movement, gaining popularity in the 1970s, with organized clubs expanding globally (Fernandes, 2009; Gould, 1999). Swinging was legalized in Canada in 2005 (R. v. Labaye, 2005). Polyamorous couples pursue both emotional and sexual intimacy with multiple partners, often sharing roles and emphasizing equality, with arrangements sometimes resembling open relationships in sexual practices (Barker & Langdrige, 2010; Boyd, 2017).

Intimacy and sexuality are the two dimensions that are the most affected by the transition to parenthood (Cowan & Cowan, 2000; Polomeno & Dubeau, 2009). This transition is divided into four phases: preconception, pregnancy, childbirth, and the first two postnatal years (Polomeno, 2013). The initial postnatal period (the first three postnatal months) is the most challenging, as the new birthing parent is recovering from pregnancy and childbirth, and the parents are learning to respond to the newborn's needs (Polomeno, 2013). Parents fare better when they can strike a harmonious balance between their roles of lover, partner and parent (Polomeno, 2013).

Two recent publications describe how PCNMs experience the transition to parenthood (Avanthay Strus & Polomeno, 2021, 2024). During the first phase of preconception, PCNMs put thoughtful effort into the decision to become parents, which is also called 'Deliberately Planning Families' (Arseneau et al., 2019). During the second phase of pregnancy, their experiences may be positive or negative. Complications arising during this phase can produce a negative perception. PCNMs may have positive or negative perceptions of the third phase of childbirth. Some negative perceptions of this phase can lead to birth-related trauma, potentially resulting in post-traumatic stress disorder (Avanthay Strus & Polomeno, 2021). In the last phase of the first two postnatal years, PCNMs demonstrate advanced communication and prioritize sexual intimacy over emotional intimacy. Yet, little is known about how individuals who are parents and partake in the CNM sexual lifestyle conciliate the parenting and the sexual lifestyle roles.

Although nurses acknowledge the importance of sexual healthcare (Avanthay Strus, 2019), the majority of them have little to no training in human sexuality, either in their undergraduate program or through continuing education (Allen & Fountain, 2007; Azar, Kroll, & Bradbury-Jones, 2022). Perinatal nurses have even less knowledge and training in perinatal sexuality that focuses on sexuality and intimacy during the transition to parenthood (Avanthay Strus, 2019; Polomeno, 2013), including sexual diversity groups such as PCNMs (Avanthay Strus & Polomeno, 2021). It is of the utmost importance that perinatal nurses know how PCNMs strike a balance between their parenting and sexual lifestyle roles, so that these nurses can better respond to the needs of PCNMs and know how to intervene clinically (Avanthay Strus & Polomeno, 2021).

The present article presents partial findings from a larger study whose aim was to describe Manitoban consensual non-monogamists' perceptions of their parenting and sexual lifestyle. These partial findings relate to the following research questions:

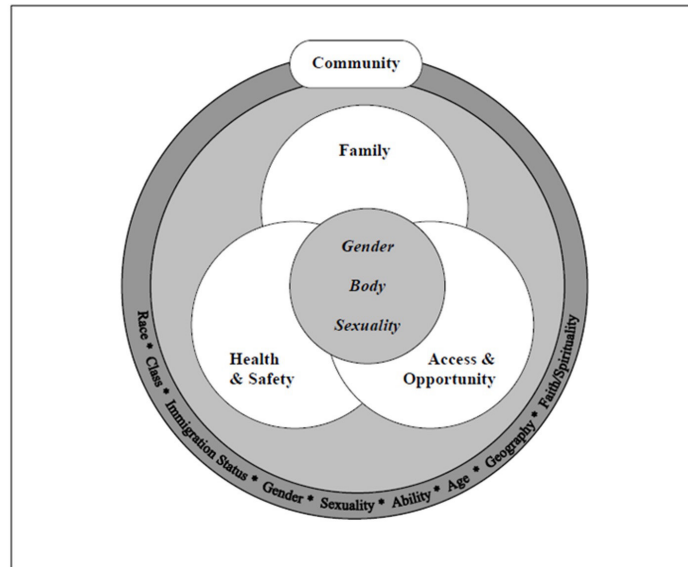
1. What are the perceptions of PCNMs regarding the conciliation between their parenting role and sexual lifestyle roles?
2. What are the perceptions of PCNMs regarding the Parenting Role-Sexual Role Conciliation Scale (PRSRCS)?
3. What are the similarities and differences between the perceptions of PCNMs regarding the conciliation between their parenting role and their sexual lifestyle roles, and the Parenting Role-Sexual Role Conciliation Scale (PRSRCS)?

Conceptual Framework

The study's conceptual framework (see Figure 1) combines the EMERJ (Expanding the Movement for Empowerment and Reproductive Justice) lens (Expanding the Movement for Empowerment and Reproductive Justice [EMERJ], 2008), with Cowan and Cowan's Ecological Model of the Transition to Parenthood (Cowan & Cowan, 2000), providing a comprehensive perspective on the challenges faced by PCNMs. The EMERJ framework, rooted in the reproductive justice movement initiated by women of color in the 1980s, emphasizes a human rights and social justice approach to issues surrounding reproductive autonomy, while highlighting how identities such as race, gender, sexuality, and class influence experiences within family, health, and societal systems (EMERJ, 2008; Price, 2010). Cowan and Cowan's Ecological Model of the Transition to Parenthood (Cowan & Cowan, 2000) focuses on the multiple layers of context influencing family life, extending from individual internal worlds to broader societal institutions. Specifically, it considers five key aspects: personal identity and feelings; the parent-child relationship; the partnership between parents; relationships with extended family like grandparents; and interactions with external institutions such as healthcare and social services. The integration of the Ecological Model with the EMERJ lens facilitates a nuanced understanding of how community identities and family dynamics intersect with external societal influences in shaping PCNMs.

The reproductive justice framework is inherently intersectional, a concept first articulated by Crenshaw (1989) to describe how social identities—such as race, gender, sexuality, class, immigration status, and ability—intersect to shape unique experiences of oppression and privilege. Reproductive justice builds on this by emphasizing that reproductive lives are inseparable from broader social, economic, and political contexts (Luna & Luker, 2013; Ross, 2006). Structural inequities influence not only the ability to have or not have children, but also the conditions of family formation and

Figure 1. Adapted Reproductive Justice Model



Adapted with permission from:
<http://www.racialequitytools.org/resourcefiles/ACRJ-RJ-Lens-Toolkit.pdf>

parenting. In this study, intersectionality is applied as a guiding analytical principle within the EMERJ lens, centering identity and community in assessing reproductive freedom and oppression. Integrating Cowan and Cowan’s Ecological Model under the Family domain further highlights how intersecting identities affect reproductive autonomy and parenting realities in non-normative family structures such as PCNMs. This combined framework informed the development of research tools—an interview guide and an online questionnaire—by emphasizing how community identities and ecological layers shape disclosure, healthcare access, and social support. The EMERJ lens foregrounds societal stigma and barriers, while the Ecological Model illuminates relational and institutional influences. Together, they enable a holistic, justice-oriented analysis of the intersecting challenges faced by PCNMs in navigating societal expectations, family roles, and institutional support.

Methods

Research study type and design

The original research study type was mixed methods, which included both qualitative and quantitative data (Plano Clark & Creswell, 2008). The first aforementioned research question focused on qualitative data, the second one on quantitative data, and the third research question incorporated both qualitative and quantitative components. The research design

involved the triangulation design-convergence research model that included “a single phase, [where] both types of data are given equal emphasis...the two sets of results are converged during the interpretation, and the intent is to draw valid conclusions about a research problem” (p. 84). This design is time efficient as both data sets are collected concurrently and considered equally important (Plano Clark & Creswell, 2008).

Rooted in critical theory, this study’s conceptual framework also aligns with the pragmatic paradigm, emphasizing lived experiences and actionable solutions (Plano Clark & Creswell, 2008). This complements the EMERJ lens and the Ecological Model, allowing an integrated approach that values both critical reflection and practical applicability, and supports the convergence of qualitative and quantitative data for solution-focused insights.

Although the study initially planned a strict convergence model with simultaneous data collection, recruitment challenges due to sensitive subject matter led to a greater emphasis on the qualitative component. This shift suited the exploratory design, enabling deeper investigation of nuanced experiences with smaller, purposive samples (Francis et al., 2010).

Population, sample and sample size

The research population focused on individuals who were PCNMs living in the province of Manitoba, Canada. Eight participants met the six inclusion criteria: 1) be 18 years old

and older; 2) having been in a consensually non-monogamous relationship in the last two years; 3) having started to be consensually non-monogamous before or during the transition to parenthood; 4) be a primary parent for the child(ren); 5) the child must still be in their care and have always been so since birth; and 6) speak, read and write in English. The exclusion criterion involved individuals in an exclusive relationship with one other person. Only six of the original eight participants completed the online questionnaire and the interview; two withdrew for personal reasons.

No formal guidelines exist for sample size in this type of study, though several sources offer guidance (Creswell & Plano Clark, 2007; Francis et al., 2010; Guest, Bunce, & Johnson, 2006). One common approach involves data saturation, achieved when additional interviews yield no new themes or findings (Francis et al., 2010; Guest et al., 2006). Creswell and Plano Clark (2007) note that saturation depends on study type, suggesting 4–10 interviews for mixed methods. Francis et al. (2010) recommend setting a minimum initial sample and “stopping criteria,” defined by how many subsequent interviews produce no new themes. In this study, qualitative data collection paused upon reaching saturation, ensuring richness without redundancy. Quantitative data served a complementary role, supporting qualitative findings rather than aiming for generalization.

The sample (Avanthay Strus, 2019) consisted of two male and four female participants, and their ages ranged from 31 to 45 years ($M = 37.67$ years, $SD = 6.37$). Five participants identified as bisexual or pansexual, and the other one as heterosexual. At the beginning of the transition to parenthood, one participant identified as polyamorous, one was in an open relationship, and four participants identified as swingers. At the time of data collection, two participants identified as swingers, while four of them were polyamorous. Four participants were married, one was common-law, and the last one was separated. Three participants had secondary partners at the time of data collection, and three had secondary partners during the transition to parenthood. The number of children for each participant ranged from 1 to 3, with an average age of 10.63 years at the time of the interviews. Their incomes ranged from \$ 19,000 to over \$ 60,000. All participants were Canadian born.

Data collection

Qualitative data. A semi-structured interview guide (Avanthay Strus 2019) containing 32 questions divided into four sections was used to collect the qualitative data: 1) the participants’ perceptions of the transition to parenthood; 2) their sexual lifestyle; 3) the reconciliation of their parenting role and their sexual lifestyle role; and 4) their perceptions of health care professionals. Only the third section of the interview guide was

retained for this present article. The interviews took between 1.5 and 2 hours to complete.

Quantitative data. The quantitative data were collected using an online questionnaire that contained 24 questions regarding sociodemographic, relational, and parenting characteristics, and included three research instruments (Avanthay Strus, 2019): the Parenting Sense of Competence Scale (PSCS) (Johnston & Mash, 1989); the Personal Assessment of Intimacy in Relationship Inventory (PAIR) (only the emotional and sexual intimacy subscales were retained) (Schaefer & Olson 1981); and the Parenting Role-Sexual Role Conciliation Scale (PRSRCS) which was created for this study (Avanthay Strus, 2019). Only the data from the PRSRCS were considered for this present article. The final version of the PRSRCS (Avanthay Strus, 2019) containing 13 items represented four subcategories: family and sexual styles’ balance, parenting and sexual roles’ balance, childcare arrangement, and social network reactions. The PRSRCS underwent face validity, content validity and pretesting (Fortin & Gagnon, 2016). Each item was assessed using a five-point Likert scale from 1 “Never” to 5 “Always”. A mean score was obtained by totalling the values of each item and dividing by thirteen; a higher mean score represented a greater degree of conciliation between the parenting role and the sexual lifestyle role. The online questionnaire took the participants between 15 and 20 minutes to complete.

Data analysis

Qualitative data analysis. The Schreier inductive method (Schreier, 2014) was used to analyze the qualitative data to infer themes that emerged during data analysis. This systematic approach to data analysis began by the first author’s submersion in the data by way of repeatedly reading after the interviews were transcribed. General impressions and thoughts were noted following the general themes in the interview guide (Transition to Parenthood, Sexual Style/Sexuality, Reconciliation of Roles, and Health Care Professionals). During the process, the two rounds of coding were compared for consistency. This permitted the researcher (first author) to reorganize the coding frame to eliminate any inconsistencies and subcategories that could be interchangeable. Any inconsistencies that arose were compared between the two authors.

The inductive interpretive approach outlined by Schreier (2014) allows themes and patterns to emerge directly from the data, supporting flexibility and depth necessary for exploring complex, context-dependent social phenomena. This approach is widely recommended in exploratory qualitative research where prior knowledge is limited (Braun & Clarke, 2006; Patton, 2015; Schreier, 2014). Unlike hypothetico-deductive methods—which prioritize testing pre-established

hypotheses—inductive approaches enable researchers to capture the richness of participants’ lived experiences and generate new theoretical insights (Elo & Kyngäs, 2008; Thomas, 2006). Thus, the Schreier method was particularly appropriate for this study’s focus on PCNMs, where nuanced meanings and social complexities are intertwined.

Quantitative data analysis. Descriptive statistics (Fortin & Gagnon, 2016) were applied to all quantitative variables using Version 24 of SPSS Statistics (IBM, 2016).

Comparative data analysis. Both qualitative (primary data set) and quantitative (complementary data set) data were collected concurrently and given equal emphasis (Plano Clark & Creswell, 2008). The qualitative data were analyzed first, followed by the quantitative data. Once both data sets had been analyzed independently, they were integrated during the interpretation phase to enable comparison. These comparisons helped determine whether the findings were congruent (similar) or divergent (dissimilar) across methods.

Joint displays were used to integrate qualitative and quantitative data, visually juxtaposing them in a single table or figure to highlight patterns and enhance interpretation (Fetters, Curry, & Creswell, 2013). This approach allows researchers to draw meta-inferences, identify convergence, divergence, or expansion between data sets, and clarify how

different evidence sources complement or contradict each other, strengthening the validity and depth of mixed methods research.

Ethical considerations

Ethics approval had been obtained from the first author’s educational institution, where they were a master’s student in nursing. Informed consent was obtained from each participant, while each was attributed a number (First Participant=P1, Second Participant=P2, etc.) to protect their identities. The participants chose the location and time for their interview.

Results

The qualitative data analysis from the original study resulted in five themes: perceptions of the transition to parenthood; intimacy and communication during the transition to parenthood; relationship evolution and sexual style during the transition to parenthood; the reconciliation of roles during the transition to parenthood; and the relationship with health care providers. Only the qualitative results from the third and fourth themes (‘Relationship Evolution and Sexual Style during the Transition to Parenthood’ and ‘Conciliation of Roles during the Transition to Parenthood’) (see Table 1) are retained for this article, as the qualitative results from the first, second and fifth themes have already been published (Avanthay Strus &

Table 1. Results of the Qualitative Data Analysis from the Third and Fourth Themes of the Original Study

Themes	Categories	Subcategories
Relationship Evolution and Sexual Style during the Transition to Parenthood	Contemplation of CNM	-Comparison of societal norms -Initiator of the discussion
	Acting on CNM	-Arriving at a consensus -Importance of communication -Exploration of various sexual styles and CNM
	Incorporation of CNM	-Disclosure -Sexual and health related practices -Influence of gender and sexual identity on sexual expression
Conciliation of Roles during the Transition to Parenthood	Family Functioning	-Household chores -Childcare responsibilities -Prioritization
	Impact of Sexual Style on Parenting	-Expectations as parenting partner, sexual partner, and conjugal partner -Flexibility and ability to discuss difficult subjects with children

Polomeno, 2021, 2024). This will be followed by the results from the quantitative data in relation to the PRSRCS and those from the comparative analysis.

Qualitative Data

Third Theme: Relationship Evolution and Sexual Style during the Transition to Parenthood

All six participants described how their relational and sexual styles evolved during the transition to parenthood, resulting in three phases (three categories): 1) Contemplation of CNM, 2) Acting on CNM, and 3) Incorporation of CNM.

Category 1: Contemplation of CNM. The first phase of the Contemplation of CNM includes two subcategories: Comparison of societal norms and Initiator of communication. In the first subcategory of Comparison of societal norms, the participants questioned themselves about the societal value of monogamy. For the second subcategory of Initiator of communication, the CNM conversation was initiated by four female participants and one male participant. Four participants were in a monogamous relationship, until they decided to engage in CNM with their partners, while another one was considering CNM after an episode of infidelity. P6 emphasized the importance of being on the same page with partners when deciding to engage in CNM, "Lots of people... come into [CNM] for the wrong reasons and are no longer together...the key there is communication."

Category 2: Acting on CNM. Regarding the second phase of Acting on CNM, three subcategories emerged: Arriving at a consensus, Importance of communication, and Exploration of various sexual styles and CNM. For the first subcategory of Arriving at a consensus, before embracing CNM, participants stressed the importance of consensus, involving self-reflection on societal norms, family values, and potential consequences. Decision-making involved discussions with partners, learning the language of consent culture, and establishing ground rules.

For the second subcategory of Importance of communication, participants emphasized the critical role of communication in their CNM practices, establishing ground rules and conducting regular check-ins to share experiences, voice concerns, and monitor relationship dynamics. Effective communication fostered trust, security, and clarity, with two couples (P1 and P2, P5 and P6) explicitly identifying each other as primary partners through verbal and nonverbal cues in social settings. Many participants used online platforms, clubs, and lifestyle events to meet like-minded individuals, highlighting the importance of understanding and practicing consent within this sexual lifestyle. Several participants also engaged in

BDSM activities, with some reducing participation after the arrival of their children but seeking alternative outlets such as lifestyle events and bathhouses. BDSM (Sheff & Hammers, 2011) involves consensual bondage, discipline/dominance, sadism, and masochism. However, not all experiences were positive. P1 shared concerns about unwanted touch at a lifestyle event, emphasizing the vulnerability of newcomers and the importance of full communication to ensure consent. P5 expressed worries about limited disclosure from partners, highlighting the ongoing necessity of transparent communication to mitigate health risks and uphold informed consent.

For the third subcategory of Exploration of various sexual styles and CNM, participants reported on diverse sexual styles within the context of CNM. To connect with like-minded individuals, participants utilized various avenues, including online platforms like Fetlife, dating sites, and public spaces :

So shortly after we were married, we joined a dating site where we actively looked for other couples...also found a couple of clubs...were able to network with likeminded people and were able to have more of those conversations of... how does this happen and why does this happen, and this is fun...let's try things out. (P6).

Within the context of the transition to parenthood, four participants reported increased sexual adventurousness, while two others reduced CNM participation due to a diminished social network and an increase in parenting challenges. Five participants practiced BDSM (Sheff & Hammers, 2011). One participant experienced a decline in home-based BDSM after having children and sought alternative outlets like local bathhouses and lifestyle events, "There's a lot of things that uh we enjoy that are on the BDSM spectrum...neither of us had been to the sadomasochism aspect of it really, we are much more into the bondage and domination side of things." (P6).

Category 3: Incorporation of CNM. Concerning the third and last phase, Incorporation of CNM, three subcategories were identified: Disclosure, Sexual and health related practices, and Influence of gender and sexual identity on sexual expression. In the first subcategory of Disclosure, participants faced challenges in deciding to whom and when to disclose their CNM lifestyle: family, workplace colleagues, and children. Five participants prioritized non-disclosure due to concerns about judgment, societal stigma, maintaining a professional image, and safeguarding their children. However, P6 was fully open about their sexual lifestyle, "I have a family member... who is aware, but they don't have a complete understanding of

exactly what it means as a swinger...the door is always open, and they do on occasion open that door and ask questions.” Regarding children, five participants opted not to openly exhibit their sexual lifestyle in front of them. Nonetheless, three among them expressed their willingness to discuss their lifestyle if their children initiated the conversation, “I would respond truthfully regarding my sexual lifestyle.” (P2). P6 expressed how she maintains a level of caution around her children, “There is a filter I need to maintain...”, yet certain aspects of her sexual expression are known, such as her being “part nudist.”

In terms of the second subcategory of Sexual and health related practices, participants implemented measures to not only protect their children, but also to keep their health and that of their children safe. Regarding the participants’ protection of their children, they were careful with the introduction of people: “We are careful who we introduce into the home...it’s after a more regular period of...getting to know each other...It’s always been a couple even if we are only sexually active with the one member of that couple.” (P6). One secondary partner was not acknowledged as a partner in the presence of extended family, being perceived more as a roommate, “Because when our partner moved in with us, we did not announce who she was to a lot of people. She was just a roommate. She was Aunty to the kids, she still is.” (P4).

In regard to health practices, the participants emphasized the importance of complete control over their bodies including contraceptive choices, STBBI (sexually transmitted and blood-borne infection) testing, and personal hygiene. Two participants, who were unable to use oral contraceptives or an intrauterine device, opted for condoms as their primary contraception method. All six participants were meticulous in their use of condoms to safeguard against STBBIs, frequently using terms like ‘clean’ or ‘disease-free’ to reflect their health status. One participant reported on bringing a recent STBBI panel as proof of their STBBI-free status to the attendees of certain house parties. All participants placed great emphasis on personal hygiene and holistic physical, mental, spiritual, and emotional well-being: “...safe sexual practices and ensuring that everyone’s mental, physical, sexual, and spiritual well-being is taken care of. It’s not just about being sexually healthy; it’s about maintaining overall bodily health for good relationships.” (P1). It is noteworthy that all participants asserted control over their bodies during CNM participation, except in cases of consensual non-control, such as within BDSM practices or the altered state following intense orgasms. Exceptions did arise in regard to situations of pregnancy resulting from CNM, where uncertainty about paternity and involvement of multiple partners led to a sense

of loss of control.

“I’m feeling like I also possibly got pregnant in a swinging situation, and it was with my husband’s best friend and his wife. I found out I was pregnant about a month later, and we didn’t know who it was, so we had to sit down with the four of us and make a decision about what was going to be best. Everyone kind of at the table had to discuss what was the right course of action. I felt like [I] no longer had control over my body and my choices because they all wanted the abortion.” (P4).

In this case, the participant experienced pressure from others involved to undergo an abortion, and ultimately decided to go ahead with the procedure, despite facing discrimination and judgment from healthcare providers during the consultations.

Health was particularly important in the context of parenthood, as the participants reduced CNM activities during conception and pregnancy. The four female participants refrained from engaging in CNM activities when attempting to conceive or during their pregnancies, in order to ensure paternity and to protect their unborn children. Male participants, during the period of their partners’ pregnancies, did partake in CNM but only with partners they deemed safe, “...and for when my husband did have a couple of encounters during the pregnancy, it was done extremely safely and just...making sure that we were being safer for our family.” (P1).

For the last subcategory of Influence of gender and sexual identity on sexual expression, the two male participants expressed concerns about societal expectations, their struggle to articulate how being male influenced their sexuality, and having higher sex drives than their female partners and occasional unmet needs during the transition to parenthood. On the other hand, the four female participants highlighted struggles with societal norms and the power dynamics of consent. P4 reported on the paradox of women having the power of consent yet being shamed for their sexuality, “Women have the power yet they are shamed for it, for their sexuality.” P6 expressed frustration at societal restrictions on female sexual expression:

“In terms of being able to express my true person, my true nature of my sexual...you know scope, I feel like I can’t really you know disclose that to just everybody because people might just think very negative thoughts about the fact that a female...feels that sexually expressive. That’s not necessarily socially acceptable. Um and in most circles, I would say it’s not...that aspect of it is hard to comes to grip with as being a female. I think if I was male and I had the same feelings, it would be easier to express those feelings

and to make those feelings known and it would not have a negative effect on how people view me.” (P6).

Fourth Theme: Conciliation of Roles during the Transition to Parenthood

This theme can be divided into two categories: Family functioning and Impact of sexual style on parenting.

Category 1: Family Functioning. The first category of Family functioning comprises three subcategories: Household chores, Childcare responsibilities, and Prioritization. Regarding the first subcategory of Household chores, participants reported on both equal and unequal sharing of these chores. Some participants found that shared responsibilities facilitated the conciliation between their parenting and sexual lifestyle roles. Other participants reported on maintaining traditional roles during the mother’s parental leave, only shifting to more equal sharing after their return to work. P2 describes the unequal sharing of household chores: “...so how do we share the domestic chores, well it’s fairly easy, I do, I do almost all of them.”

In the second subcategory of Childcare responsibilities, participants had to decide on how these responsibilities were going to be managed, during pregnancy or after childbirth: “...he would work a night shift, sleep all day when I was with the kids. Then I would go work in the evenings while he was home with the kids...one of us had to be at home with the kids.” (P4). Participants who traded off childcare responsibilities were able to pursue their sexual lifestyle, either individually or jointly: “...we were more supportive of each other like getting out...Instead of it getting in the way we recognized that there needs to be one of us here but...both of us don’t have to be here so...so...play.” (P4).

In the third subcategory of Prioritization, participants valued family and quality time. They actively sought time as a couple or triad, prioritizing primary partners and families in decisions related to their sexual lifestyle. P5 shared this: “...my lifestyle affects my decisions, but my decisions haven’t necessarily affected my lifestyle.” Also, three crucial strategies emerged from interviews with the participants on conciliating parenting and sexual lifestyle roles and prioritizing them: conjugal support, communication, and compromise. To illustrate the use of these three strategies, two participants (P5 and P6) supported each other by alternating household and childcare duties after a sexual lifestyle event. This arrangement was reached through communication and compromise, allowing one partner to recuperate from the event by obtaining sufficient sleep, food, and rest. The children were encouraged

to approach the parent who was not resting when they required assistance. Some participants chose to take turns going out to play with others and be more selective on which activities to attend, so that they could make noise or pursue activities on the BDSM spectrum. P3 mentioned the following: “...I think when we had the two kids, it became more settled down...and more like a deeper intimacy whereas before it was very...no strings attached, not a whole lot of commitment, a lot of play...” (P3).

Category 2: Impact of Sexual Style of Parenting. The second category within the theme of Conciliation of Roles during the Transition to Parenthood is the Impact of sexual style on parenting. This second category is divided into two subcategories: Expectations as parenting partner, sexual partner and conjugal partner, and Flexibility and ability to discuss difficult subjects with children.

For the first subcategory of Expectations as parenting partner, sexual partner and conjugal partner, effective communication was required to successfully prioritize the participants’ lifestyle choices. Prior to parenthood, regular check-ins were common among participants and their partners regarding their comfort levels with their sexual preferences. This proactive approach facilitated improved communication in other aspects of their lives, especially during parenting, as expressed by one participant: “Communication is an integral part of our relationship as a couple. It has opened us to communicate in ways we did not before. We’ve had to develop that communication side more, particularly because of the lifestyle we live...” (P6). On the other hand, unmet expectations, such as breakdowns in communication or unrealistic self-expectations, posed challenges to role conciliation: “There was a lot breakdown of communication...me thinking that he was going to...sacrifice some of his needs...and putting himself first where I wasn’t even getting to shower...I really have to [shower] now...because I am covered in baby pee.” (P1). Having a close social network helped the participants to engage with other like-minded parents practicing CNM and to strike a balance between their expectations for their three roles. Although P3 and P4 were open about their sexual lifestyle with their accepting families of origin, their partners’ families were not as supportive, leading to eventual divorces for both of them.

The second subcategory focuses on Flexibility and ability to discuss difficult subjects with children. Participants expressed how openness regarding their sexual lifestyle extended to communication with their children. One participant expressed openness to alternative sexual styles: “I think we’re a lot

Table 2. Results for the Parenting Role-Sexual Role Conciliation Scale (PRSRCS)

Subscale	Item	Total for Item	Mean per Item	Mean for Subscale
Family and Sexual Lifestyle Balance	1. It is easy for me to strike a balance between my family life and my sexual lifestyle.	25	4.17	3.96
	2. I feel that my family life interferes with my sexual lifestyle.	23	3.83	
	3. I feel that my sexual lifestyle interferes with my family life.	25	4.17	
	4. My partner(s) say that it is easy to strike a balance between our family life and our sexual lifestyle.	22	3.67	
Childcare Arrangement	5. I am comfortable with the arrangement for childcare while I am pursuing my sexual lifestyle.	25	4.17	4.17
Parenting and Sexual Role Balance	6. I feel that I am a better parent because I feel free to pursue my sexual lifestyle.	25	4.17	4.11
	7. I feel that I am a better sexual partner because my partner(s) is/are supportive of my sexual lifestyle.	30	5	
	8. I worry about my child(ren) while I am pursuing my sexual lifestyle.	19	3.17	
Social Network Reactions	9. My child(ren) is(are) aware of my sexual lifestyle.	8	1.33	2.8
	10. My family is aware of my sexual lifestyle	15	2.5	
	11. My friends are aware of my sexual lifestyle	20	3.33	
	12. My friends are accepting of my sexual lifestyle	23	3.83	
	13. My family is accepting of my sexual lifestyle	18	3	

more understanding...the amazing people we've met that were totally supportive of whatever our kids choose to do... Whatever they want to do." (P4). Participants ensured age-appropriate openness about sexuality with their children, not only by using correct terminology for body parts, but also by directly answering their questions. They implemented a sex positive outlook for their children from an early age, fostering a healthy understanding of the human body, and promoting their children's comfort with their bodies. P3 earned the nickname "sex lady" for their straightforward approach.

Quantitative Data

The PRSRCS (Avanthay Strus, 2019), comprising 13 items, measures family and sexual styles' balance, childcare arrangement, parenting and sexual roles' balance, and social network reactions (see Table 2). Mean scores for each participant ranged from 2.31 to 4.69, with an overall mean of 3.58 (SD = 0.83), indicating better conciliation between their parenting and sexual lifestyle roles. Only two participants had mean scores that were higher than 4.0 (4.24 and 4.69).

For the individual items of the PRSRCS, Item #7 ('I feel that I am a better sexual partner because my partner(s) is/are supportive of my sexual lifestyle') had the highest mean of 5.0 for all six participants. The next three items with the highest means of 4.17 were Item #1 ('It is easy for me to strike a balance between my family life and my sexual lifestyle'), Item #3 ('I feel that my sexual lifestyle interferes with my family life'), and Item #6 ('I feel that I am a better parent because I feel free to pursue my sexual lifestyle'). Conversely, Item #9

('My child(ren) is(are) aware of my sexual lifestyle') received the lowest mean score, with 83% of the participants choosing 'Never' as the response. In regard to the subscales, the childcare arrangement subscale had the highest mean score of 4.17, followed by the parenting and sexual role balance subscale which had a mean score of 4.11. The subscale with the lowest mean score was social network reactions (2.8). This latter subscale represents disclosure of the participants' sexual lifestyle to the social network, involving their awareness and their acceptance. It is noteworthy that the friends of the social network had the highest mean scores for both awareness (3.33) and acceptance (3.83), when compared to the means for the children and the family members.

Comparative Qualitative and Quantitative Data: Convergence and Divergence

Integration of qualitative and quantitative results (Table 3) showed convergence between relational support, communication, and higher PRSRCS scores for sexual partner support and parenting/sexual role balance. Partial divergence was observed for social stigma, limited disclosure, and gendered oppression, which were prominent in qualitative data but less so in PRSRCS scores.

Discussion

This article presents partial findings from a mixed methods study on consensual non-monogamists' perceptions of their relationship evolution and sexual lifestyle during the transition to parenthood, and the conciliation of their parenting and

Table 3. Joint Display: Integration of Qualitative and Quantitative Results

Qualitative Theme and Category	Key Qualitative Insights	Quantitative Findings (PRSRCS)	Interpretation / Integration
Theme Three: Relationship Evolution & Sexual Style during the Transition to Parenthood			
Category 3.1: Incorporation of CNM <i>Subtheme: Disclosure, Consent, and Safety in Parenthood</i>	- CNM occurred in three stages: contemplation, acting on, incorporation.	- All items of the PRSRCS.	Convergence: There was partial convergence of the PRSRCS with these three stages. Divergence: There was partial divergence of the PRSRCS with these three stages.
	- Strong emphasis on communication and a culture of consent	- Item #7: Highest mean score (5.0) → "I feel I am a better sexual partner because my partner(s) support my lifestyle." - Item #1: Mean = 4.17 → "It is easy to strike a balance between my family and sexual lifestyle."	Convergence: Partner support and communication reinforce relationship quality.
	- Disclosure was complex, selective, and context-dependent (family, work, children).	- Item #9: 83% = "Never" → "Children are aware of my lifestyle."	Divergence: Selective or absent disclosure to children reflects enduring stigma.
	- STBBI prevention and emotional safety were emphasized.	- Item #3: Mean = 4.17 → "Lifestyle interferes with family life"	Partial Alignment: STBBI risk management is emphasized qualitatively but not captured in PRSRCS.
Category 3.2: Influence of Gender and Sexual Identity on Sexual Expression	- Women described navigating shame and societal judgment. - Men emphasized unmet needs and traditional expectations around male sexuality. - Gender roles shaped sexual agency and expression.	<i>Not directly measured in PRSRCS</i>	Insight: Gendered dynamics of sexual expression are present but undermeasured. Future tools should integrate these intersectional experiences.
Theme Four: Conciliation of Roles during the Transition to Parenthood			
Category 4.1: Family Functioning	- Household and parenting roles were actively renegotiated.	- Parenting & Sexual Role Balance Subscale: Mean = 4.11 - Childcare Arrangement Subscale: Mean = 4.17	Convergence: Strong internal strategies for balancing roles.
	- Prioritization of family over external validation; mutual support.	- Parenting & Sexual Role Balance Subscale: Mean = 4.11 - Childcare Arrangement Subscale: Mean = 4.17	Convergence: Strong internal strategies for balancing roles.
Category 4.2: Impact of Sexual Style on Parenting	- Some participants practiced sex-positive parenting and openness with children.	- Social Network Reactions Subscale: Mean = 2.80	Divergence: External disclosure limited due to judgment and stigma.

sexual lifestyle roles during this transition. It is noteworthy that all the participants identified as practicing CNM in the last two years prior to data collection and having partaken in CNM before or during the transition to parenthood.

The research findings for the theme of 'Relationship Evolution and Sexual Style during the Transition to Parenthood' reveal a three-phase process: 1) the contemplation of CNM, 2) the acting on CNM, and 3) the incorporation of CNM as a lifestyle. In the first phase of Contemplation of CNM, individuals undergo self-reflection by examining their personal values about monogamy (Jenks, 2014; Kimberly, 2019), which often involves exploring different relationship models and questioning societal expectations. This process aligns with broader understandings of sexuality as a social construct, where cultural norms and scripts shape individuals' behaviors and perceptions (Blank, 2012; Foucault, 1994; Gagnon & Simon, 2005). In this context, the participants

who later engaged in actively discussing and practicing CNM demonstrated a dynamic role in challenging traditional gender and relationship scripts. All four female participants, for example, initiated conversations about CNM with their partners—a behavior that contradicts the typical passive role assigned to women within conventional sexual scripts (Gagnon & Simon, 2005; Simon & Gagnon, 1986). Their willingness to approach these topics reflects their resistance to normative expectations and exemplifies how individuals can subvert societal norms to pursue authentic expressions of sexuality and relationship diversity.

Moreover, these participants exhibited traits associated with those who seek non-normative relationship arrangements, including comfort with ambiguity, exploration of pleasure, and a desire to redefine their relational boundaries (Conley et al., 2013; Jenks, 1985; Kimberly & Hans, 2017). Their actions demonstrate a conscious departure from traditional scripts,

highlighting how sexual and relational behaviors are fluid and socially constructed rather than biologically predetermined (Blank, 2012; Kimmel, 2007). This active challenge to normative norms underscores their pursuit of autonomy and authentic self-expression within their evolving relationships.

In the second phase of Acting on CNM, individuals arrive at a consensus, communicate on the importance of CNM, and explore various sexual styles in relation to CNM. The findings from the present study are similar to those reported in the McRae (2024) study, in which participants reached an agreement about their sexual relationships, and negotiated and revised boundaries regulating sexual behavior. Communication was determined to be important for CNM to be initiated and to be maintained: many studies focusing on open relationships emphasize how communication is paramount to CNM as a sexual lifestyle (Conley et al., 2013; Jenks, 1985; Kimberly & Hans, 2017). Similar to the findings reported by Kimberly and Hans (2017), most participants in the present study showed a preference for diverse sexual practices. However, numerous studies (Jenks, 2014; Kimberly & Hans, 2017; O'Byrne & Watts, 2011, 2011) indicate a lack of consensus about diverse sexual practices amongst swingers, polyamorists, and those in open relationships, or as per their sexual orientation such as pansexual, bisexual, and homosexual. A unique finding in the present study is the degree of adventurousness reported by the study participants, with four of them being more adventuresome during the transition to parenthood, while two others were less so, due to a lack of social network and having more parenting challenges (special needs children). This finding warrants further research as to how internal and external factors impact the practice of CNM in the context of parenthood.

This study did not exclude participants who engaged in CNM but maintained temporary exclusive relationships during the various stages of the transition to parenthood—conception, pregnancy, childbirth, and postpartum. Many individuals adopt temporary exclusivity during these phases to ensure paternity, clarify parental roles, and support offspring health (Lammers & Dannys, 2019; Rallis & Williams, 2012; Schmidt & Boon, 2016). Excluding such participants could have limited our understanding of how relationship structures—exclusive or non-monogamous—intersect with sexuality and parenting. Future research should include both exclusive and non-exclusive arrangements to better capture the fluidity and diversity of relational choices during the transition to parenthood. Indeed, this study offers valuable insights into how individuals practicing CNM navigate societal norms related to gender, sexuality, and parenthood. While Jenks

(2014) briefly suggested that CNM could be compatible with heteronormative or patriarchal frameworks, our findings illustrate the complex ways participants actively negotiated their identities within these societal structures. For example, although several female participants expressed discomfort when engaging in swinging scenarios that reinforced more submissive dynamics akin to the female being the receptive partner to sexual initiation, some participants actively defied these dynamics, claiming power in their choices.

The third phase of CNM incorporation—disclosure, sexual and health-related practices, and the influence of gender and sexual identity on sexual expression—was particularly prominent among our participants. In regard to disclosure, five individuals chose not to disclose their sexual lifestyle to their children, family members, friends, or colleagues, in order to avoid stigma and protect themselves and their loved ones. Yet, they still engaged in sexual practices aimed at maintaining safety and health, including STBBI testing, contraception use, and hygiene management, reflecting a deliberate effort to balance their sexual autonomy with societal expectations (Avanthay Strus & Polomeno, 2021; O'Byrne & Watts, 2011). This focus on concealment and precaution underscores the ongoing tension between personal sexual expression and societal pressures that often stigmatize non-normative relationship models. The covert form of disclosure underscores the pervasive influence of heteronormative and mononormative norms, which often shape how non-normative relationships are publicly recognized and socially sanctioned (Schwartz, 2010). The underlying stigma associated with non-monogamous or non-heteronormative relationships often necessitates non-disclosure, leading individuals to conceal or downplay their relationships to avoid social rejection or conflict, especially in the context of parenthood. This concealment can be a strategic response rooted in the desire to protect family harmony and social standing, but it also reinforces societal norms that privilege heterosexual, monogamous couple structures as the accepted standard.

Moreover, the participants' emphasis on health-related practices highlights (Avanthay Strus, 2019; Avanthay Strus & Polomeno, 2021) their active engagement in controlling their bodily autonomy—despite challenges related to disclosure—and reflects a conscious effort to manage risks associated with their lifestyle within a society still navigating heteronormative and patriarchal norms. Gender played a significant role in shaping these experiences. Female participants expressed heightened concerns regarding societal judgment and the potential repercussions for their children, aligning with patriarchal norms that scrutinize women's sexuality and

maternal roles. Male participants faced different, yet equally normative pressures related to masculinity and sexual acceptance. These findings demonstrate that normative gender expectations continue to influence how individuals embody, resist, or negotiate their non-monogamous identities, especially in the context of parenthood (Avanthay Strus, 2019; Avanthay Strus & Polomeno, 2024). The active strategies employed by participants—ranging from avoidance of disclosure to careful health management—illustrate their ongoing negotiation between conformity and resistance within societal norms. These behaviors reveal their efforts to sustain their relationships and protect their families while resisting societal stigma (Avanthay Strus, 2019; Avanthay Strus & Polomeno, 2024).

In regard to the theme of ‘Conciliation of Parenting and Sexual Lifestyle Roles during the Transition to Parenthood’, the sharing of household chores and childcare responsibilities permitted the participants to free up their time and energy to pursue their sexual lifestyle. Conjugal support, communication, and compromise were necessary to enable one parent or the other or both to practice CNM, to strike a new balance in their roles of parenting partner, sexual partner and conjugal partner, and to have a supportive social network (Avanthay Strus, 2019; Avanthay Strus & Polomeno, 2024). Secondary partners were often included, to the point of moving in with the primary partners and in the sharing of family functioning. Their flexibility extended to the discussion of difficult subjects with their children and others. This type of shared parenting and joint division of roles is more similar to 2SLGBTQ* families during the transition to parenthood: the chosen family often helps with the parenting role (Kerppola et al., 2019, 2020; Saffron, 2002), allowing these parents to continue their various activities outside of the home. Alarie explains (2024) :

So shortly after we were married, we joined a dating site where we actively looked for other couples...also found a couple of clubs...were able to network with likeminded people and were able to have more of those conversations of....how does this happen and why does this happen, and this is fun...let's try things out. (P6).

The PRSRCS, a 13-item instrument developed for this study, measures balance in family and sexual styles, childcare arrangements, parenting and sexual roles, and social network reactions. The overall mean of 3.58 indicates participants generally achieved high conciliation between parenting and sexual lifestyles, particularly in family and sexual styles, childcare, and role balance. Consistent with Klesse (2019), having multiple adult carers may allow parents to distribute

responsibilities more evenly and maintain energy for their CNM practices. Unexpectedly, the social network reactions subscale scored lowest, reflecting limited awareness and acceptance from children, family, and friends, though friends were the most accepting—aligning with prior research (Arseneau et al., 2019; Avanthay Strus & Polomeno, 2024; Klesse, 2019).

Most PRSRCS quantitative results align with the qualitative findings, showing that family and sexual styles’ balance, childcare arrangements, and parenting and sexual roles support both the three-phase PCNM process and the conciliation of parenting and sexual lifestyles. Some divergences and additional insights were also observed as presented in the joint display of Table 3. For example, one participant (P4) explained that sharing childcare allowed them to maintain their sexual lifestyle: “...both of us don’t have to be here so...play,” which aligns with PRSRCS item #5: “I am comfortable with the arrangement for childcare while I am pursuing my sexual lifestyle.” Mixed methods designs, by combining multiple data sources, help overcome limitations of single-method studies and allow exploration, explanation, and interpretation of phenomena like PCNM (Plano Clark & Creswell, 2008). Future research should continue using joint displays to represent similarities and differences in CNM parenting contexts (Fetters, Curry, & Creswell, 2013; Plano Clark & Creswell, 2008).

The discussion of these research findings in relation to the three research questions produced two interesting outcomes. The first one relates to the identification of the three phase process of PCNM, entitled by the first author of the present article as the “Avanthay Strus’ Model: CNMPCs’ Model of Resilience during the Incorporation of CNM as a Lifestyle While Parenting” (2019) (see Table 4). The Avanthay Strus model can be compared to two other models, that of Jenks (1985) and that of Kimberly and Hans (2017). The Jenks (1985) Model based on swinging contains five steps; the first three steps of the Jenk’s Model can be compared to the first phase of the Avanthay Strus Model, while steps 4 and 5 of the Jenk’s Model are like phases 2 and 3 of the Avanthay Strus Model, respectively. To continue in the same vein, the Kimberly and Hans’ Model (2017) is also based on swinging and includes three phases: each phase of the Kimberly and Hans Model can be compared to each of the three phases of the Avanthay Strus Model. Despite the Jenk’s and Kimberly and Hans’ Models referring to a culture of informed and sexual consent, gender influences were mentioned in them, wherein female participants still felt that they were having to follow a heteronormative script, and how sexual style and identity continued in their evolution. However, the Avanthay

Strus Model presents other elements: 1) it is more extensive, as it focuses on PCNM which includes open relationships, swinging, and polyamory; 2) it is more inclusive due to its non-heteronormative sexual script; 3) disclosure appears to be more unique to the conjugal relationship than previously thought; 4) the greater social network can work as a buffer on the effects of stigma as experienced by sexuality diverse minorities; and 5) some emotional attachments do occur as sexual play partners become friends and on occasion 'family members'. The Avanthay Strus Model warrants further assessment, both clinically and research-wise.

The second outcome of these research findings highlights their relevance within the broader context of sexual and reproductive justice. The two authors of the present article are proposing that PCNM should be considered within the broader context of sexual and reproductive justice, and by doing so, perinatal health researchers, clinicians and providers including perinatal health nurses, will gain a deeper understanding of the challenges faced by PCNMs during the transition to parenthood. New York City Health [NYC Health] (2022) published its definition of sexual and reproductive justice in 2022 :

...exists when all people have the power and resources to make healthy decisions about their bodies, sexuality

and reproduction. That means every person has the right to: 1) choose to have or not have children; 2) choose the conditions in which to give birth or create a family; 3) care for their children with the necessary social support in a safe and healthy environment; and 4) control their own body and self-expression, free from any form of sexual or reproductive oppression. (p. 354).

The four rights that are associated with this definition can be regrouped into two parts: on the one hand, parenting and sexuality (rights #1, #3, and #4), and on the other hand, perinatal health care (right #2). PCNM is implicitly contained within the two parts of this definition. In addition, the two authors (who are both fluently bilingual in English and French) acknowledge that this is the first time that PCNM and perinatal health care are being associated together and in the greater context of sexual and reproductive justice, in both the English and French scientific and clinical literature.

Emerging from above, the authors of the present article would like to propose a visual representation of sexual and reproductive justice acting as a bridge between PCNM and the perinatal health care system including perinatal health care nurses (see Figure 2). On the one hand, PCNMs prioritize family first, then sexuality, using a secure family environment,

Table 4. Avanthay Strus's Model: CNMPCs' Model of Resilience during the Incorporation of CNM as a Lifestyle While Parenting

Jenk's Model: Five Step/Stages of Swinging (Jenks, 1985)	Kimberley and Hans's Model Three Phases: How Swinging Couples Enter and Navigate the Swinging Lifestyle (Kimberly & Hans, 2015)	Avanthay Strus' Model: CNMPCs' Model of Resilience during the Incorporation of CNM as a Lifestyle While Parenting (Avanthay Strus, 2019)
Step 1 : -A strong interest or early involvement in sex Step 2 : -Personal characteristics conducive to swinging: liberal sexual orientation, low degree of jealousy Step 3: -Passive phase characterized by learning and talking about swinging, thinking about participating	Transition: -Fantasies vocalized -Self-esteem assessed	Phase 1: Contemplation of CNM : -Personal characteristics -Comparison of societal norms -Process leading them to consider CNM as a viable lifestyle (initiator of discussion)
Step 4: -Active phase characterized by contact with swingers, possibility of withdrawal	Experiences: -Sexual desires fulfilled, man screens, woman decides	Phase 2: Acting on CNM: -Arriving at consensus -Importance of communication -Exploring various sexual styles
Step 5: -Commitment phase characterized by actual involvement	Satisfaction: -Long-term friendships -Shared activities -Enhanced trust-Open communication	Phase 3: Incorporation of CNM: -Disclosure -Sexual health related practices -Influence of sexual identity on sexual expression

communication, and social support to explore sexual practices and build resilience (Avanthay Strus, 2019; Avanthay Strus & Polomeno, 2021, 2024). On the other hand, perinatal health professionals can provide sensitive, nonjudgmental care, affirm alternative lifestyles, understand atypical sexual practices, manage countertransference, and avoid irrelevant focus on sexual behavior (Avanthay Strus, 2019; Avanthay Strus & Polomeno, 2021).

Failing to address the relational and normative dimensions of CNM limits our understanding of these relationships and overlooks their potential to question societal expectations surrounding fidelity, partnership, and social stability. Recognizing and exploring these aspects are essential for fostering a more nuanced and holistic view of CNM, one that celebrates its diversity and challenges restrictive norms. Addressing these issues explicitly within academic discourse not only mitigates biases but also affirms the legitimacy and richness of non-monogamous relationships as valid relational, familial and sexual arrangements.

Strengths and Limitations

This mixed methods study provides an initial understanding of how consensual non-monogamists balance parenting and sexual lifestyle roles, addressing a research gap. The triangulation–convergence design (Creswell & Plano Clark,

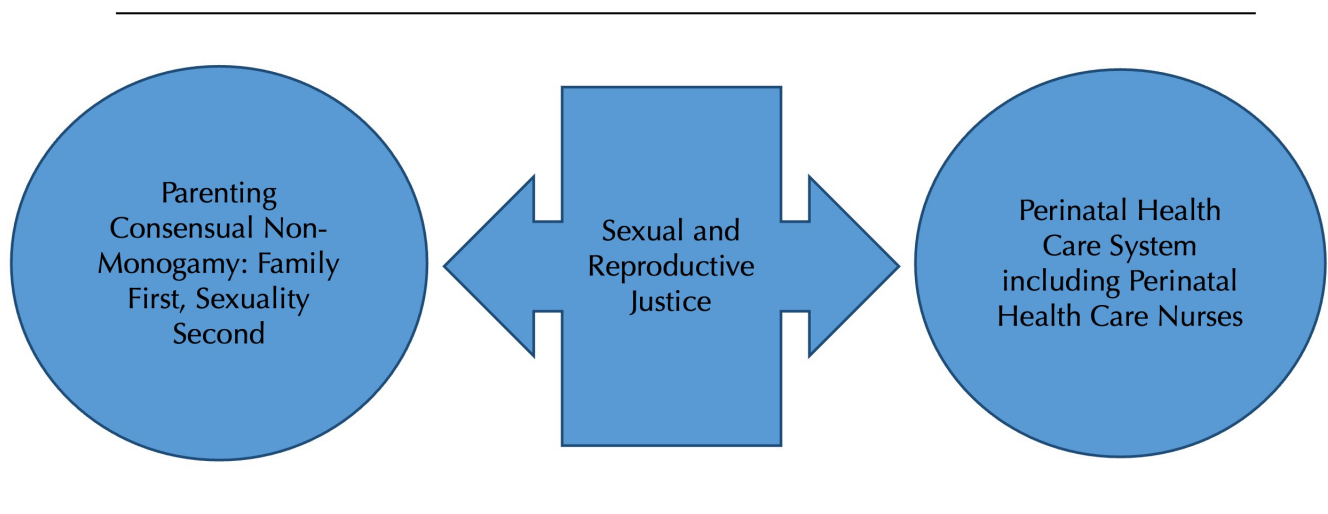
2007) enabled concurrent qualitative and quantitative data collection, enriching interpretation. Recruitment challenges led to prioritizing qualitative data, while quantitative findings supported and contextualized results, though generalizability is limited. Data saturation ensured reliable themes, and the conceptual framework—combining the EMERJ lens and Cowan and Cowan’s Ecological Model—enhanced the understanding of CNM in the context of parenthood. Despite being a convergent design that is often linked to pragmatism, the study aligns with critical theory and the reproductive justice framework, grounding findings in lived experience and practical solutions.

Implications for Nursing Education, Practice and Research

This study highlights the importance of recognizing CNM as a complex relational practice beyond its sexual aspects, challenging mononormative assumptions and stereotypes (Klesse, 2018; Sheff, 2014).

Nursing Education: Undergraduate curricula should include sexuality-diverse groups, particularly PCNMs, to prepare future nurses for relevant clinical encounters (Avanthay Strus, 2019; Avanthay Strus & Polomeno, 2021). Postgraduate and continuing education opportunities—courses, workshops, webinars, and publications—can support perinatal nurses in

Figure 2. Sexual and Reproductive Justice as a Bridge between Parenting Consensual Non-Monogamy and the Perinatal Health Care System



developing interventions and clinical skills for this population (Avanthay Strus, 2019, 2021, 2024).

Nursing Practice: Frontline perinatal nurses can use the CNMPC Resilience Model to understand the phases of integrating CNM during parenthood, normalizing multiple partners, supporting communication, and promoting resilience (Avanthay Strus, 2019; Avanthay Strus & Polomeno, 2024). Advanced practice nurses can train frontline staff, supervise graduate nursing students' projects, and influence nursing standards or position statements through professional associations like CAPWHN (Avanthay Strus, 2019; Avanthay Strus & Polomeno, 2021).

Nursing Research: Future studies should consider intersectional methodologies, larger and bilingual samples, and further validation of tools like the PRSRCS (Fortin & Gagnon, 2016). Integrating pluralistic theoretical frameworks, such as reproductive justice with the Ecological Model, enables nursing research to capture complex, intersectional experiences while generating practical, solution-oriented insights (Meleis, 2018), for parenting sexual minorities.

Conclusion

In sum, our findings highlight the importance of future research exploring the nuanced ways in which consensual non-monogamist parents manage disclosure, identity, and health in relation to societal expectations. Greater awareness of these dynamics is crucial for fostering more inclusive environments where diverse relationship models are recognized and respected by perinatal health care professionals including nurses without fear of marginalization, discrimination, or stigma.

Ethical Permissions

Ethics approval was obtained from the University of Ottawa Research and Ethics Board in Ottawa, Canada (Ethics File Number H05-17-05). All study participants provided informed consent, and their anonymity was preserved. The two authors do not have any conflict of interest to report.

References

Alarie, M. (2024). Family and consensual non-monogamy: Parents' perceptions of benefits and challenges. *Journal of Marriage and Family*, 86(2), 494-512.

Allen, L., & Fountain, L. (2007). Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes. *Journal of Perinatal Education*, 16(1), 32-36.

Arseneau, E., Landry, S., & Darling, E. K. (2019). The Polyamorous Childbearing and Birth Experiences Study (POLYBABES): A qualitative study of the health care experiences of polyamorous families during pregnancy and birth. *Canadian Medical Association Journal*, 191(41), E1120-1127.

Avanthay Strus, J. (2019). Manitoban consensual non-monogamous couples' conciliation of their parenting role and their sexual lifestyle during the transition to parenthood [Thesis, Université d'Ottawa / University of Ottawa]. Retrieved from: <http://ruor.uottawa.ca/handle/10393/39589>

Avanthay Strus, J., & Polomeno, V. (2021). Consensual non-monogamous parenting couples' perceptions of healthcare providers during the transition to parenthood. *Aporia*, 13(1), 36-45.

Avanthay Strus, J., & Polomeno, V. (2024). Parenting consensual non-monogamists' perceptions of parenthood, intimacy, and communication. *Aporia*, 16(1), 36-47.

Azar, M., Kroll, T., & Bradbury-Jones, C. (2022). How do nurses and midwives perceive their role in sexual healthcare? *BMC Women's Health*, 22(1), 330.

Barker, M., & Langdridge, D. (2010). Whatever happened to non-monogamies? Critical reflections on recent research and theory. *Sexualities*, 13(6), 748-772. doi: 10.1177/1363460710384645

Blank, H. (2012). *Straight: The surprisingly short history of heterosexuality*. Boston, MA: Beacon Press.

Boyd, J. P. (2017). *Polyamory in Canada: Research on emerging family structure*. Vanier Institute of the Family. Ottawa, Canada. Retrieved on the 3rd of October 2018. Retrieved from: <https://vanierinstitute.ca/polyamory-in-canada-research-on-an-emerging-family-structure/>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Conley, T., Moors, A., Matsick, J., & Ziegler, A. (2013). The fewer the merrier? Assessing stigma surrounding consensually non-monogamous romantic relationships. *Analysis of Social Issues and Public Policy*, 13(1), 1-30.

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Expanding the Movement for Empowerment and Reproductive Justice [EMERJ]. (2008). The EMERJ reproductive justice lens toolkit; Identifying reproductive justice issues in your community. Retrieved from: <https://forwardtogether.org/wpcontent/uploads/2017/12/ACRJ-RJ-Lens-Toolkit.pdf>

Fernandes, E. (2009). The swinging paradigm. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 12. Retrieved from: <http://www.ejhs.org/Volume12/Swinging.htm>

Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs: Principles and practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>

Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière Éducation.

Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I, La volonté du savoir*. Paris: Galimard.

Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, 25(10), 1229–1245. <https://doi.org/10.1080/08870440903194015>

Gagnon, J. H., & Simon, W. (2005). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality* (2nd ed.). Chicago, IL: Aldine.

Gould, T. (1999). *The lifestyle: A look at erotic rites of swingers*. Toronto, ON: Vintage Canada.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Hauptert, M. L., Gesselman, A. N., Moors, A. C., Fisher, H. E., & Garcia, J. R. (2017). Prevalence of experiences with consensual nonmonogamous relationships: Findings from two national samples of single Americans. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(5), 424–440.

IBM. (2016). SPSS.

Jenks, R. J. (1985). Swinging: A test of two theories and a proposed new model. *Archives of Sexual Behavior*, 14(6), 517–527.

Jenks, R.J. (1998). Swinging: A review of the literature. *Archives of Sexual Behaviour*, 27, 507–521. doi: 10.1023/A:1018708730945

Jenks, R. J. (2014). An on-line survey comparing swingers and polyamorists. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 17. Retrieved from: <https://www.questia.com/library/journal/1G1-419762812/an-on-line-survey-comparing-swingers-and-polyamorists>

Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167–175.

Kerppola, J., Halme, N., Perälä, M.L., & Maija Pietilä, A. (2019). Parental empowerment—Lesbian, gay, bisexual, trans or queer parents’ perceptions of maternity and child healthcare. *International Journal of Nursing Practice*, 25(5), e12755.

Kerppola, J., Halme, N., Perälä, M. L., & Maija-Pietilä, A. (2020). Empowering LGBTQ parents: How to improve maternity services and child healthcare settings for this community – « She told us that we are good as a family ». *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(1), 41–51.

Kimberly, C. (2019). A measurement to assess transition, maintenance and satisfaction in the swinging lifestyle. *Journal of Family Therapy*, 41(4), 559–581.

Kimberly, C., & Hans, J. D. (2017). From fantasy to reality: A grounded theory of experiences in the swinging lifestyle. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 789–799.

Kimmel, M. (2007). *The sexual self: The construction of sexual scripts*. Nashville, TN Vanderbilt University Press.

Klesse, C. (2019). Polyamorous parenting: Stigma, social regulation, and queer bonds of resistance. *Sociological Research Online*, 24(4), 625–643.

Labriola, K. (1999). Models of open relationships. *Journal of Lesbian Studies*, 3(1–2), 217–225. doi: 10.1300/J155v03n01_25

- Lammers, J., & Dannys, U. (2019). Relationship and sexual behaviors during pregnancy: A review. *Journal of Family and Sexual Health*, 35(2), 123–135.
- Luna, Z., & Luker, K. (2013). Reproductive justice. *Annual Review of Law and Social Science*, 9, 327–352. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-102612-134037>
- Matsick, J. L., Conley, T. D., Ziegler, A., Moors, A. C., & Rubin, J. D. (2014). Love and sex: Polyamorous relationships are perceived more favourably than swinging and open relationships. *Psychology & Sexuality*, 5(4), 339-348.
- McRae, L. (2024). A reflexive thematic analysis of open relationship initiation and maintenance [Thesis, Simon Fraser University]. Retrieved from: <https://theses.lib.sfu.ca/file/thesis/7926>
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- NYC Health. (2022). Sexual and reproductive justice. Retrieved from: <https://www1.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/sexual-reproductive-justice-nyc.page>
- O'Byrne, P., & Watts, J. A. (2011). Exploring sexual networks: A pilot study of swingers' sexual behaviour and health-care-seeking practices. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 43(1). Retrieved from: <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2295>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). Sage Publications.
- Plano Clark, V. L., & Creswell, J. W. (Eds.). (2008). *The mixed methods reader*. Sage Publications.
- Polomeno, V. (2013). A couples' approach to the teaching of conjugal intimacy during the transition to parenthood. *International Journal of Childbirth Education*, 28(2), 35-40.
- Polomeno, V., & Dubeau, D. (2009). La sexopérinatalité: Où en sommes-nous? *L'Infirmière Clinicienne*, 6(2), 20-24.
- Price, K. (2010). What is reproductive justice? How woman of color activists are redefining the pro-choice paradigm. *Meridians: Feminisms, Race, Transnationalism*, 10(2), 42-65.
- R. v. Labaye (2005). 3 SCR 728. Retrieved from: https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/2263/index.do?r=AAAAAQAMUi4gYy4gTGFiYXIIAAAAAE&site_preference=normal
- Rallis, S. F., & Williams, N. (2012). Couples' relationship adjustments during pregnancy: The role of exclusivity. *Journal of Reproductive and Child Psychology*, 30(3), 265–278.
- Ross, L. (2006). Understanding reproductive justice: Transforming the pro-choice movement. *Off Our Backs*, 36(4), 14–19.
- Saffron, L. (2002). Can fertility service providers justify discrimination against lesbians? *Human Fertility*, 5(2), 42-46.
- Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7(1), 47-60.
- Schmidt, M. E., & Boon, S. D. (2016). Relationship dynamics during pregnancy and early parenthood. *Journal of Family Psychology*, 30(4), 444–453.
- Schreier, M. (2014). Qualitative content analysis. In *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (pp. 170-183). SAGE Publications Ltd.
- Schwartz, P. (2014). *Heteronormativity and the politics of everyday life*. New York University Press.
- Sheff, E., & Hammers, C. (2011). The privilege of perversities: Race, class and education among polyamorists and kinksters. *Psychology & Sexuality*, 2(3), 198-223.
- Simon, W., & Gagnon, J. H. (1986). Sexual scripts: Permanence and change. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 97-120.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237–246.
- Mental Health Commission of Canada. (2017). *Strengthening the Case for Investing in Canada's Mental Health System: Economic Considerations*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-03/case_for_investment_eng.pdf
- Mental Health Commission of Canada. (2016). *Making the Case for Investing in Mental Health in Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2e éd.). Sage Publications, Inc.
- Penner, K., de Moissac, D., Rocque, R., Giasson, F., Prada, K. et Brochu, P. (2021). Sense of Belonging and Social Climate in an Official Language Minority Post-Secondary Setting. *Canadian Journal of Higher Education*, 51(4), 26-39. <https://doi.org/10.47678/cjhe.v51i4.189087>

Pitre, T., Thomas, A., Evans, K., Jones, A., Mountjoy, M. et Costa, A. P. (2020). The influence of income on medical school admissions in Canada: a retrospective cohort study. *BMC Medical Education*, 20(1), 209. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1186/s12909-020-02126-0>

Poole, N. et Greaves, L. (2007). Highs and Lows: Canadian Perspectives on Women and Substance Use. <https://coilink.org/20.500.12592/rrstzs>

Rahiman, H. U., Panakaje, N., Kulal, A., Harinakshi et Parvin, S. M. R. (2023). Perceived academic stress during a pandemic: Mediating role of coping strategies. *Heliyon*, 9(6), e16594. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16594>

Rashid, T. et Di Genova, L. (2022). La santé mentale des étudiants sur les campus canadiens en 2020-2021 : Les effets persistants de la COVID-19. Perspectives des responsables des affaires étudiantes et des spécialistes de la santé mentale sur les campus. <http://cacuss-campusmentalhealth.ca/pdf/CMH-COVID-19-FR.pdf>

Sociopol. (2021). Études postsecondaires dans la langue de la minorité : Portrait et analyse des enjeux. <https://icrml.ca/fr/recherches-et-publications/references/download/218/83831/47?method=view>

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. et Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

Spence, R., Owens-Solari, M. et Goodyer, I. (2016). Help-seeking in emerging adults with and without a history of mental health referral: a qualitative study. *BMC research notes*, 9(1), 415. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1186/s13104-016-2227-8>

Wiens, K., Bhattarai, A., Dores, A., Pedram, P., Williams, J. V. A., Bulloch, A. G. M. et Patten, S. B. (2020). Mental Health among Canadian Postsecondary Students: A Mental Health Crisis? *Canadian journal of psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*, 65(1), 30–35. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1177/0706743719874178>

Wiljer, D., Shi, J., Lo, B., Sanches, M., Hollenberg, E., Johnson, A., Abi-Jaoudé, A., Chaim, G., Cleverley, K., Henderson, J., Isaranuwachai, W., Levinson, A., Robb, J., Wong, H. W. et Voineskos, A. (2020). Effects of a Mobile and Web App (Thought Spot) on Mental Health Help-Seeking Among College and University Students: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 22(10), e20790. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.2196/20790>

Wong, H. W., Lo, B., Shi, J., Hollenberg, E., Abi-Jaoude, A., Johnson, A., Chaim, G., Cleverley, K., Henderson, J., Levinson, A., Robb, J., Voineskos, A. et Wiljer, D. (2021). Postsecondary Student Engagement with a Mental Health App and Online Platform (Thought Spot): Qualitative Study of User Experience. *JMIR mental health*, 8(4), e23447. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.2196/23447>

Yamauchi, T., Shimazaki, T., Yanagisawa, H. et Suka, M. (2023). Formal and informal help-seeking intentions/behaviors among students and workers during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Environmental health and preventive medicine*, 28, 53. <https://doi-org.uml.idm.oclc.org/10.1265/ehpm.23-00095>

To contact the authors:

*Jacqueline Avanthay Strus, RN. M.Sc.N., Ph. D.
Professor
Université de Saint-Boniface
École des sciences infirmières et des études de la santé
200, ave. de la Cathédrale,
Winnipeg, Manitoba, Canada, R2H 0H7
Tel: (204) 237-1818 ext. 703
Email: javanthaystrus@ustboniface.ca*

*Viola Polomeno, RN., B.Sc., M.Sc. (A.), Ph.D.
Adjunct professor
University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
School of Nursing*

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=>.

