

SOCIÉTÉ - Le concept de pouvoir en sciences infirmières : une revue critique

Patrick Martin - Ph.D (c) et chargé de cours et Marie Alderson - Ph.D.,
professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières de l'Université de
Montréal

Publié dans DIRE, volume 22, numéro 3, automne 2013.

Ce document provient de Corpus^{UL}, le dépôt institutionnel de l'Université Laval
(www.corpus.ulaval.ca)

Pour favoriser la réduction des contraintes qui sont inhérentes à leurs conditions d'exercice, les infirmières doivent être capables de mieux comprendre la nature du pouvoir et ses dynamiques au sein des milieux de pratique. Dans cet article, nous explorons le concept de pouvoir comme un construit social en portant une attention particulière à son émergence, aux diverses influences et aux idéologies dominantes qui ont façonné les significations associées à cette notion.

Même si les infirmières forment le plus grand groupe de professionnels de la santé et malgré que la forte reconnaissance du public à l'égard de leur mission sociale leur confère un pouvoir indéniable, c'est plutôt d'un manque de pouvoir dont il est souvent question dans les écrits qui analysent le sujet. Ainsi, les infirmières éprouveraient de l'oppression et auraient tendance à se taire par peur de représailles, ce qui les amènerait à subir de plein fouet les contraintes émanant des conditions de travail ou des structures organisationnelles¹. Ces contraintes sont nombreuses, dont entre autres : les inégalités sociales liées aux conditions salariales désavantageuses², le manque d'autonomie décisionnelle associé, parmi d'autres, à des dilemmes éthiques³, le temps supplémentaire obligatoire⁴ ainsi que la violence institutionnelle⁵, et celle provenant des patients⁶, des médecins⁷, des gestionnaires⁸ et des pairs⁹.

Nombre de théoriciens de disciplines diverses se sont intéressés à la notion de pouvoir et certains ont influencé la façon dont elle a été conceptualisée en sciences infirmières. Bien que dans ce domaine le concept se retrouve souvent caché derrière d'autres idées qui s'y rapportent et qui constituent la norme comme l'*empowerment* ou le *leadership*¹⁰, celui-ci demeure central pour notre discipline et est d'ailleurs de plus en plus utilisé. Une revue critique des savoirs associés à cette notion, qui s'inscrit dans une approche de développement de concept, s'avère donc nécessaire de façon à présenter, d'une part, les diverses définitions existantes et à analyser, d'autre part, les éléments qui influencent ou déterminent le concept de pouvoir.

Nous avons retenu l'approche de développement de concept suggérée par Wuest¹¹ qui exclut le fait d'arriver à une définition ou à une signification unique. Comme point de départ, l'auteure¹¹ suggère de déterminer l'émergence de la notion au sein de la discipline et d'explorer les circonstances de cette émergence ainsi que son évolution. Elle suggère par la suite de prendre connaissance des influences et des idéologies dominantes qui ont

façonné et façonnent toujours ses significations. Elle insiste aussi sur l'importance d'explorer différents points de vue et de déterminer des sites probables d'oppression où la signification du concept ne refléterait pas nécessairement sa diversité.

Émergence du concept

Il convient, *a priori*, de présenter certaines des perspectives théoriques associées à l'idée de pouvoir dans la mesure où celles-ci ont influencé la façon dont elle a été appréhendée en sciences infirmières. Les écrits de Weber sont caractérisés par certains auteurs de la discipline infirmière comme étant associés à une représentation traditionnelle du pouvoir¹². Weber le définit comme la capacité d'un individu A à obtenir d'un individu B un comportement que ce dernier n'aurait pas manifesté de son propre chef; ce comportement étant conforme à la volonté de l'individu A¹³. En reprenant en partie les idées de Weber, Lukes¹⁴ ajoute à cette conceptualisation du pouvoir la possibilité que l'individu B puisse être disposé à adopter le comportement de l'individu A, même si cela va à l'encontre de ses propres intérêts; cette disposition étant consécutive à la capacité de l'individu A à manipuler l'individu B. Au même titre que Weber, Marx conceptualise le pouvoir comme étant la possession d'un individu ou d'un groupe¹⁵. Selon Marx, c'est une lutte entre la classe dominante et la classe ouvrière; le pouvoir est essentiellement coercitif et centralisé. Ce sont les individus de la classe dominante qui disposent des moyens matériels de production, mais cet avantage les disposerait du même coup à posséder les moyens de production intellectuels et à contrôler l'État, détenteur ultime du pouvoir, selon Engels et Marx¹⁶. Ce dernier considère l'humain comme un être social ayant le besoin de dominer autrui¹⁷.

Arendt insiste sur le lien intime entre le désir de pouvoir et celui de soumettre¹⁸. Celle-ci considère, à l'instar de Marx, que le pouvoir se possède. En s'intéressant aux concepts de pouvoir et de violence, cette dernière note : « Selon l'auteure, le pouvoir n'est jamais la propriété d'une personne mais bien celle d'un groupe; il demeure effectif tant que ce groupe reste uni ». Nous pourrions faire un rapprochement entre la façon dont Arendt conceptualise le pouvoir comme étant associé au groupe d'appartenance et le pouvoir patriarcal dénoncé par les féministes. Le pouvoir des hommes, dans la famille et dans toute la société, occupe une place de prédilection chez les féministes. La montée de la deuxième vague de ce courant, liée à l'effervescence des événements de mai 1968, coïncide d'ailleurs avec l'élargissement de l'intérêt pour le pouvoir en sciences infirmières. Les quelques pionnières qui ont contribué aux balbutiements de l'intérêt des soignantes au regard du pouvoir^{19,20,21} ont rapidement été rejointes par d'autres auteurs désirant explorer ou émettre leur point de vue quant à la question du pouvoir. Les écrits de Foucault auraient notamment contribué à l'accroissement de cet intérêt.

La perspective foucauldienne offre une façon originale de conceptualiser le pouvoir, qui diffère de la plupart des théories. Foucault soutient que le pouvoir ne se possède pas, mais s'exerce, qu'il réprime certes, mais produit aussi des domaines d'objets, du réel, des rituels de vérités qui définiront les individus et les savoirs qui seront produits à leur sujet²². Il indique que nous devons considérer les aspects positifs et constructifs du pouvoir²³. Cette perspective permettrait notamment de considérer le pouvoir des infirmières et d'énoncer

qu'elles sont capables d'établir un rapport de force leur permettant d'intervenir politiquement dans l'arène publique de façon à favoriser la réduction des contraintes énumérées précédemment.

L'actualité infirmière et ses problématiques relatives au pouvoir

Selon Roberts²⁴, les manques de contrôle et d'autonomie dont souffrent les infirmières sont notamment liés à la domination hiérarchique qui a lieu au sein des divers établissements de santé. La relation entre les soins infirmiers et la médecine n'est pas étrangère à cette domination, bien que le manque d'autonomie, de contrôle et de pouvoir des infirmières ne s'explique pas uniquement par ce fait. D'après Paley²⁵, les soins infirmiers sont régulièrement qualifiés comme étant soumis, subordonnés, obéissants et asservis à la profession médicale. Les infirmières auraient même été décrites par cette dernière comme des « parasites utiles²⁶ ». Nous pouvons aussi caractériser cette domination comme un pouvoir hégémonique exercé à l'endroit des infirmières, et ce, par le caractère insidieux et parfois même séducteur de celui-ci. Le pouvoir hégémonique a été identifié par Doorewaard et Brouns²⁷ comme s'inscrivant dans des processus majoritairement occultes de construction de l'identité et de mise en place du sens. L'identité des infirmières serait donc, si l'on adopte un point de vue qu'on pourrait qualifier de socioconstructiviste, un construit porteur d'un sens prédéterminé. D'après les résultats de l'étude ethnographique réalisée par ces chercheurs²⁷, il apparaît que ces processus inciteraient les membres du groupe à se soumettre au discours organisationnel dominant.

Cette situation amènerait les membres du groupe des infirmières à adopter certaines pratiques organisationnelles, et ce, même en dépit des conséquences désavantageuses que ces pratiques pourraient entraîner. Holmes, Murray, Perron et McCabe²⁸ abondent en ce sens en mettant les soignantes en garde contre les pratiques infirmières exemplaires (*Nursing Best Practice Guidelines*) qui découlent du mouvement médical de la pratique basée sur des données probantes (*Evidence-Based Medicine*). Selon ces mêmes auteurs, le recours aux « pratiques infirmières exemplaires » entraverait la réflexion critique des infirmières et provoquerait ultimement le rejet de ce qui distingue les soins infirmiers de la médecine, soit une approche liée à une responsabilité éthique, sociale et politique. Ce phénomène, que l'on pourrait qualifier de processus insidieux de normalisation par l'idéologie biomédicale, est également désigné par Holmes, Roy et Perron²⁹ comme une forme de patronage colonial. Selon ces derniers, ceux qui ont le contrôle sur les savoirs et sur la façon dont ils doivent être disséminés agissent comme des colonisateurs de l'arène scientifique en marginalisant ou en excluant les discours qui pourraient nuire aux discours hégémoniques qu'ils soutiennent.

Pour Freire³⁰, les individus dominés se sentiraient fortement dévalués dans une culture où les attributs de ceux qui dominent seraient les seuls à être valorisés. Ce sentiment de dévaluation, inévitablement développé sous le martèlement du discours hégémonique dominant, amènerait ces individus à être convaincus de leur propre infériorité, ce qui provoquerait un manque de fierté et une faible estime de soi. Ce sont d'ailleurs ces manques de fierté et d'estime de soi qui seraient à l'origine d'une peur et d'une attitude de soumission face au groupe dominant. Cette soumission et cette peur de l'« autorité »

dominante rendraient ces individus incapables d'exprimer leurs besoins ainsi que leurs revendications, et ce, par manque de pouvoir. Selon Fanon³¹, cela entraînerait par le fait même un sentiment de colère et même un désir d'agression qui, ne pouvant être dirigés vers le groupe dominant, par peur de représailles et de perte de privilèges, seraient redirigés vers les individus de leur propre groupe; c'est ce qu'on appelle la violence horizontale. Donc, en plus de miner la capacité de revendication et l'expression des besoins des infirmières, la domination hégémonique subie par ces dernières favoriserait l'apparition d'une violence horizontale qui aurait elle-même une influence dévastatrice sur la solidarisation et la possibilité de posséder du pouvoir (Marx, Arendt...) ou d'exercer du pouvoir (Foucault) en tant que groupe. Pourtant, la solidarisation des soignantes constituerait vraisemblablement une avenue fort intéressante, puisque grâce à celle-ci, il serait possible d'entreprendre la mise en place d'actions politiques concertées permettant en fin de compte de faire progresser la cause des infirmières et de promouvoir des valeurs sociales ou humaines dans le milieu de travail. Cela dit, selon Roberts, Demarco et Griffin³², les individus provenant du groupe dominé qui désireraient acquérir une certaine notoriété notamment par leur leadership auraient tendance à adopter le point de vue du groupe dominant. Bien que ceux-ci s'en trouveraient marginalisés dans la mesure où ils seraient rejetés par le groupe dominé, mais jamais totalement reconnus comme faisant partie du groupe dominant, ils bénéficieraient de positions hiérarchiques plus enviables ainsi que de divers avantages qui les amèneraient à soutenir, de façon beaucoup plus intense, le groupe qui les opprime que leur groupe originel³². Cet état de fait favoriserait aussi ce que nous avons identifié ci-dessus comme étant de la violence horizontale.

Les abus de pouvoir dont les infirmières sont victimes proviennent aussi de hiérarchies internes à la profession, notamment de la part des gestionnaires des soins infirmiers, qui auraient tendance à agir de la sorte afin de combler un manque de pouvoir personnel³³. Les soins infirmiers sont effectivement issus d'une longue tradition de structures hiérarchiques au travers desquelles les infirmières plus jeunes ou moins expérimentées deviennent souvent les victimes de prédilection⁹. Selon Holmes, Roy et Perron²⁹, les soins infirmiers auraient tendance, outre le fait d'être colonisés de l'extérieur par le puissant discours biomédical, à s'autocoloniser de l'intérieur en s'imposant divers modèles conceptuels et théoriques. Bien que ces derniers aient notamment été mis en place afin de distinguer les soins infirmiers de la médecine, ils engendreraient simultanément la création d'un appareil de capture en promulguant un savoir exclusif aux soins infirmiers²⁹. Le caractère rigide des modèles théoriques et conceptuels imposés à l'interne, couplé à l'imposition d'un discours externe, soit le discours biomédical, ne seraient rien de moins, selon Holmes, Roy et Perron²⁹, qu'une violente double colonisation nécessitant impérativement que les infirmières opposent une résistance de façon à contrer ce phénomène.

Idéologies dominantes dans le système de santé

Il nous apparaît que le système de santé est oppressif en soi, et ce, notamment à l'endroit des infirmières, mais aussi à l'endroit des médecins; il est de plus en plus pris en otage par des intérêts corporatistes³⁴ et des politiques néolibérales où l'efficacité et la rentabilité transcendent toutes les sphères du soin. Si nous prenons par exemple le système de santé québécois, c'est à partir du milieu des années 1970 qu'un changement majeur est survenu

dans la façon d'appliquer les politiques de gestion des services sanitaires³⁵. L'importance, qui était initialement d'offrir la plus vaste gamme de services possible à la population, a été remplacée par l'adhésion à une logique où les coûts, la qualité et la quantité des services devaient trouver un équilibre jugé acceptable³⁵. Contandriopoulos ajoute que nous sommes ainsi passés « d'une logique de maximisation de l'offre de services à une logique de régulation visant à accroître la santé de la population au moindre coût³⁶ ». Il apparaît difficile de prôner une approche liée à des responsabilités éthiques, sociales ou émancipatrices dans un contexte où des politiques émanant de l'idéologie néolibérale dictent inévitablement la façon dont doit s'effectuer la prestation des soins en Occident.

Les organismes payeurs vont d'ailleurs exercer leurs pouvoirs afin de normaliser la pratique des professionnels de la santé; un champ où le caractère imparfait et aléatoire de l'action prodiguée par ceux-ci doit absolument être soumis à la rationalisation, de façon à éliminer toutes pertes indues de capital³⁵. Il n'est donc pas surprenant que tant du côté des soins infirmiers (*Nurse Manifest*³⁷) que de celui de la médecine (*Integrative Medecine*³⁸), des mouvements de résistance aient pris forme dans le but de contrer les effets de cette gouvernance au caractère néolibéral. Cowling, Chinn et Hagedorn³⁷ dénoncent effectivement, dans le *Nurse Manifest*, la rationalisation et l'efficacité prônées par un système de santé où les diverses interventions des infirmières ont à être effectuées dans un laps de temps de plus en plus court et dans un contexte où le soin a perdu ses lettres de noblesse au profit du traitement. En adoptant une perspective féministe, la dévalorisation du soin n'est guère surprenante si l'on considère l'influence grandissante de l'idéologie néolibérale au sein des établissements de santé. Selon cette perspective, « le travail de soin est au système de santé ce que le travail domestique est à l'économie marchande : essentiel mais invisible, omniprésent mais sans valeur marchande³⁹ ». La surdétermination de la sphère economico-financière dans le domaine de la santé et les conséquences incontournables qui en résultent quant à la dévalorisation du soin ont un effet dévastateur sur le pouvoir des infirmières et sur leurs possibilités d'améliorer leurs conditions de pratique ainsi que la qualité des soins et services prodigués aux patients.

À cet effet, s'il va de soi que le bien-être des patients est d'une importance fondamentale pour les infirmières, leur propre bien-être ne doit pas, quant à lui, être relayé au second plan. Nous sommes, à cet égard, en accord avec Kagan et Chinn³⁶ qui croient que les préoccupations des infirmières sont trop souvent mises de côté sous prétexte que le bien-être des patients doit passer en premier. D'après ces mêmes auteures, la tendance à prioriser le bien-être des patients au détriment de celui des infirmières constituerait une rhétorique institutionnelle martelée par ceux qui sont en position de hiérarchie économique et politique élevée de manière à tuer dans l'œuf toute tentative d'amélioration des conditions d'exercice des infirmières.

Conclusion

Si les politiques de santé sont plus facilement caractérisables dans des termes marxistes où le pouvoir est détenu uniquement par quelques groupes privilégiés, c'est que cette conceptualisation est encore déterminante. Elle est dominante parce qu'elle permet notamment de servir les intérêts des décideurs et qu'elle exclut le fait que les infirmières

puissent exercer un rapport de force. Les décideurs ont vraisemblablement intérêt à ce que les membres de la société et les infirmières elle-mêmes continuent à adopter cette construction précise du sens accordé au pouvoir des infirmières, puisque cela a pour effet de rendre ces dernières apathiques et plus facilement manipulables. Même si la mise à profit d'autres perspectives comme le féminisme et l'approche foucauldienne du pouvoir sont de plus en plus prises en compte en sciences infirmières, ces perspectives demeurent cependant marginales, et ce, particulièrement au sein de la discipline elle-même. Nous sommes d'avis que les infirmières gagneraient à s'approprier de nouveaux points de vue en reconceptualisant leur pouvoir de façon à ce qu'elles puissent réaliser l'éventail des possibilités qui s'offrent à elles dans leur cheminement vers l'exercice d'un plus grand rapport de force en tant que groupe.

L'approche de développement de concept suggérée par Wuest¹¹ nous a permis, à travers ses différentes étapes, de guider et de structurer notre réflexion afin de la faire partager par le biais de cet article. Cette approche nous a amenés à explorer des dimensions sociales, culturelles et politiques qui ont influencé et influencent encore aujourd'hui le développement de la signification de la notion de pouvoir ainsi que son utilisation en sciences infirmières.

Les différents points de vue qui ont été présentés au travers de cette recension critique recèlent d'après nous un réel potentiel d'émancipation pour les infirmières en quête de reconnaissance, de justice et d'équité. Ce type de réflexion critique nous apparaît important, voire essentiel, afin de mettre en lumière de nouvelles possibilités pour les infirmières. Nous sommes d'avis que semblable exercice devrait être reconduit régulièrement afin de révéler des perspectives émergentes et prometteuses méritant d'être prises en considération.

Bibliographie

1. MARTIN, Patrick, et Phi Phuong PHAM. « Appel à la solidarité infirmière », *Le Devoir*, (CI)177, août 2010, p. A6.
2. ESTRYN-BEHAR, Madeleine, Beatrice I. J. M. VAN DER HEIJDEN, Clementine FRY, et Hans-Martin HASSELHORN. « Longitudinal Analysis of Personal and Work-related Factors Associated with Turnover Among Nurses », *Nursing Research*, vol. 59 n° 3, mai/juin 2010, p. 35-48.
3. GANDARA, Manuela. « Etica, poder y deber », *Revista de Enfermeria*, vol. 31, n° 1, janvier 2008, p. 18-26.4. BOUGIE, Manon, et Chantal CARA. « Temps supplémentaire obligatoire : une première étude phénoménologique sur les perceptions d'infirmières », *Perspective infirmière*, novembre/décembre 2008, p. 32-40.
5. ST-PIERRE, Isabelle, et Dave HOLMES. « Managing Nurses Through Disciplinary Power: A Foucauldian Analysis of Workplace Violence », *Journal of Nursing Management*, vol. 16, n° 3, avril 2008, p. 352-359.

6. JANSEN, Gradus Johannes, Theo W. N.DASSEN, et G. Groot JEBBINK. « Staff Attitudes Towards Aggression in Health Care: A Review of the Literature », *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, vol. 12, n° 1, février 2005, p. 3-13.
7. SHIELDS, Margot, et Kathryn WILKINS. « Findings from the 2005 National Survey of the work and Health of Nurses », http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-nurse-infirm/2005-nurse-infirm-eng.pdf, 25 octobre 2006.
8. JOHNSTON, Michelle, Phylavanh PHANHTHARATH, et Brenda S. JACKSON. « The Bullying Aspect of Workplace Violence in Nursing », *Critical Care Nursing Quarterly*, vol. 32, n° 4, octobre/décembre 2009, p. 287-295.
9. RICE SIMPSON, Kathleen. « Horizontal Hostility », *Perinatal Patient Safety*, vol. 33, n° 5, septembre/octobre 2008, p. 328.
10. KAGAN, Paula N., et Peggy L. CHINN. « We're All Here for the Good of the Patient : A Dialogue on Power », *Nursing Science Quarterly*, vol. 23, n° 1, janvier 2010, p. 41-46.
11. WUEST, Judith. « Concept Development Situated in the Critical Paradigm », dans *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications*, 2^e édition, RODGERS, Beth L. et Kathleen A. KNAFL (éd.), Philadelphie, W. B. Saunders Company, c2000, p. 369-386.
12. PERRON, Amélie, Carol Fluet, et Dave Holmes. « Agent of Care and Agents of the State: Bio-power and Nursing Practice », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, n° 5, juin 2005, p. 536-544.
13. WEBER, Max. *Economy and Society: An Outline of Interpretative Sociology*, New York, Bedminster, c1968.
14. LUKES, Steven. *Power: A Radical View*, London, Macmillan, c1974.
15. WILKINSON, Goeff. « Theories of Power », dans *Power and Nursing Practice*, WILKINSON, Goeff et Margaret MIERS (éd.), London, Macmillan. c1999, p. 7-23.
16. MARX, Karl. & ENGELS, Friedrich. *L'idéologie allemande : Classique du marxisme*, Paris, Éditions Sociales, c1846.
17. Marx, K. « Économie et philosophie, Manuscrit parisiens 1844 », dans *Karl Marx Philosophie*, RUBEL, Maximilien (éd.), Paris, Éditions Gallimard, c1968, p. 137-222.
18. ARENDT, Hannah. *On Violence*, San Diego, Harcourt Brace Jovanovich, c1969.
19. CLAUS, Karen E., et June T. BAILEY. *Power and Influence in Health Care: A New Approach to Leadership*, St-Louis, Mosby, c1977.

- 20 GRISSUM, Marlene, et C. SPENGLER. *Womanpower and Health Care*, Boston, Little, Brown, c1976.
- 21 LEININGER, Madeleine. « Territoriality, Power, and Creative Leadership in Administrative Nursing Contexts », *Nursing Dimensions*, vol. 7, n° 2, 1979, p. 1-13.
- 22 FOUCAULT, Michel. *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Éditions Gallimard, c1975.
- 23 FOUCAULT, Michel. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writing 1972-1977*, New York, Pantheon Books, c1980.
- 24 ROBERTS, Susan Jo. « Development of a Positive Professional Identity: Liberating Oneself from the Oppressor Within », *Advanced in Nursing Science*, vol. 22, n° 4, juin 2000, p. 71-82.
- 25 PALEY, John. « Caring as a Slave Morality: Nietzschean Themes in Nursing Ethics », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 40, n° 1, octobre 2002, p. 25-35.
- 26 KUHSE, Helga. *Caring: Nurses, Women and Ethics*, Oxford, Blackwell, c1997, p. 17.
- 27 DOOREWAARD, Hans, et Birgit BROUNS. « Hegemonic Power Processes in Team-based Work », *Applied Psychology: An International Review*, vol. 52, n° 1, janvier 2003, p. 106-119.
- 28 HOLMES, Dave, Stuart J. MURRAY, Amélie PERRON, et Janet McCABE. « Nursing Best Practice Guidelines: Reflecting on the Obscene Rise of the Void », *Journal of Nursing Management*, vol. 16, janvier 2008, p. 394-403.
- 29 HOLMES, Dave, Bernard ROY, et Amélie PERRON. « The Use of Postcolonialism in the Nursing Domain: Colonial Patronage, Conversion, and Resistance », *Advances in Nursing Science*, vol. 31, n° 1, janvier/mars 2008, p. 42-51.
- 30 FREIRE Paulo. *Pedagogy of the Oppressed*, New York, Herder & Herder, c1971.
- 31 FANON, Frantz. *The Wretched of the Earth*, New York, Grove Press, c1963.
- 32 ROBERTS, Susan Jo, Rosanna DEMARCO, et Martha GRIFFIN. « The Effect of Oppressed Group Behavior on the Culture of the Nursing Workplace: A Review of Evidence and Interventions for Change », *Journal of Nursing Management*, vol. 17, n° 3, avril 2009, p. 288-293.
- 33 SPEEDY, Sandra. « Workplace Violence: The Dark Side of Organisational Life », *Contemp Nurse*, vol. 21, n° 2, mai 2006, p. 249-250.

34 TREMBLAY, Mireille. « Une démocratie en santé : utopie ou réalité ? », dans *La réforme de la santé au Québec*, FORTIN, Pierre (éd.), Saint-Laurent, Fides, c1999, p. 76-131.

35 CONTANDRIOPOULOS, André P. « Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 1, n° 1, 1994, p. 8-26.

36 CONTANDRIOPOULOS, André P. « Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 1, n° 1, 1994, p. 8-26, p.13.

37 COWLING, Richard, Peggy L. CHINN, et Susan HAGEDORN. « The Nurse Manifesto », <http://www.nursemanifest.com>, 27 octobre 2012.

38 FRIES, Christopher. J. « Governing the Health of the Hybrid Self: Integrative Medicine, Neoliberalism, and the Shifting Biopolitics of Subjectivity », *Health Sociology Review*, vol. 17, n° 4, décembre 2008, p. 353-367.

39 SAILLANT, Francine. « Identité, invisibilité sociale, altérité : Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratique soignantes », http://classiques.uqac.ca/contemporains/saillant_francine/identite_indivisibilite/identite_indivisibilite.pdf, 27 octobre 2012, p. 26.