

Article

« Fusion d'hôpitaux au Nord-est de l'Ontario : quel espace pour la parole des infirmières? »

Renée St Onge, Manon Lemonde, Ellen Rukholm, Patricia Bailey, Vickie Kaminski, Marie McGirr, Bonnie McLellan et Raymond Pong

Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire, vol. 9, n° 1, 2003, p. 80-109.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/010863ar>

DOI: 10.7202/010863ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Fusion d'hôpitaux au Nord-est de l'Ontario : quel espace pour la parole des infirmières?

Renée St Onge

École des sciences infirmières, Université Laurentienne

Manon Lemonde, Ellen Rukholm, Patricia Bailey, Vickie Kaminski, Marie McGirr, Bonnie McLellan, Raymond Pong

Introduction

Depuis 1997, le système hospitalier de l'Ontario est en période de changement. À Sudbury tout particulièrement, les hôpitaux sont actuellement en phase de transition. Un groupe de chercheurs de Sudbury étudie le processus de fusion et de transition; des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de décideurs, d'infirmières et d'autres dispensateurs et dispensatrices de soins ainsi que des récipiendaires de soins. Le concept de parole est un des plus importants concepts qui soit ressorti de cette recherche. Il est particulier chez les femmes oeuvrant en tant qu'infirmières. Pour elles, les difficultés associées à leur identité en tant que groupe majoritairement féminin sont nombreuses. L'objectif de cet article est de présenter la perspective de dix-neuf infirmières en milieu de transition; son but particulier sera d'articuler les difficultés qu'ont ces femmes à participer activement au processus décisionnel de l'hôpital. Les propos présentés feront le point sur la perception qu'ont les infirmières de ne pas posséder de voix forte et distincte, sur les obstacles auxquels elles sont confrontées lorsqu'elles tentent

de prendre la parole et sur leur manque de pouvoir face aux prises de décisions qui les affectent.

Cet article fait état d'une série d'entrevues menées auprès de personnes impliquées dans le système hospitalier de la région de Sudbury¹. Plus particulièrement, la présente analyse fait état des résultats d'entrevues avec dix-neuf infirmières² qui ont participé à cette première phase d'un projet de recherche qui porte sur le processus de fusion des hôpitaux. Plusieurs concepts sont ressortis de ces entrevues: parole, chaos, soutien, culture, perspectives d'avenir. L'objectif ici est d'analyser plus en profondeur la notion de parole chez les infirmières.

Le contexte de la recherche

«Au cours des années 1990, le gouvernement ontarien a mis sur pied la Commission de restructuration des services de santé...»

Afin de mieux comprendre la situation des infirmières qui ont participé à cette recherche, il importe de préciser le contexte organisationnel dans lequel oeuvrent ces dernières. Au cours des années 1990, le gouvernement ontarien a mis sur pied la Commission de restructuration des services de santé dont le but principal était d'examiner les systèmes hospitaliers de la province et de déterminer des façons d'améliorer l'efficacité financière du système de santé. La Commission a exigé la réorganisation de plusieurs systèmes hospitaliers de la province. Cette réorganisation a été perçue comme nécessaire en raison des changements dans la livraison des services de santé. L'évolution des nouvelles technologies et des pratiques de soins a transformé la façon dont les services hospitaliers sont utilisés et a obligé les gouvernements à repenser la livraison de ces services (Health Services Restructuring Commission, 1999; Sinclair, 1996).

La région de Sudbury a particulièrement été affectée par les décisions de la Commission. En 1997, la Commission a en effet exigé la fusion des trois hôpitaux de la région. Depuis mars 1997, ces trois hôpitaux forment une seule organisation, l'Hôpital Régional de Sudbury Regional³ (HRSRH), mais continuent de

fonctionner sur leurs sites respectifs pendant la construction du nouveau bâtiment sur un des sites actuels (Health Services Restructuring Commission, 1997). La conséquence de cette fusion est que le système dans lequel l'HRSRH fonctionne présentement est un système en transition et en changement continu.

Les processus de fusion et de transition ont causé énormément d'instabilité et d'anxiété dans le système des soins de santé à Sudbury. Les travailleuses et travailleurs sont aux prises avec d'énormes changements dans leur milieu de travail, changements qui ne cessent de survenir, souvent sans qu'ils soient informés à l'avance.

Le milieu de travail des infirmières à l'HRSRH

Les changements dans le milieu

Afin de faciliter la construction du nouveau bâtiment sur l'un des sites existants, les services de l'hôpital ont dû être transférés aux deux autres sites. Presque toutes les unités dans l'organisation ont été obligées de déménager ou de se fusionner à d'autres unités de soins. Le milieu dans lequel les infirmières ont été habituées à travailler (certaines pendant dix ans et plus) a complètement changé. Elles ont dû s'habituer à travailler avec de nouvelles personnes et dans de nouveaux environnements. Puisque chaque site opérait de façon distincte avant la fusion, l'adaptation pour certaines à des pratiques et procédures différentes n'a pas été des plus faciles.

«Plusieurs infirmières ont été déracinées, ont perdu ce sens d'autonomie et de maîtrise de leur milieu.»

Plusieurs infirmières qui avaient travaillé dans des milieux pendant plusieurs années étaient à l'aise dans ces milieux, possédaient énormément d'expérience de travail et de connaissances. Elles ont été déracinées, ont perdu ce sens d'autonomie et de maîtrise de leur milieu. Du jour au lendemain, une personne qui travaille dans le milieu infirmier s'est transformée en « nouvelle », a été obligée de réapprendre plusieurs aspects de son milieu de travail, tout en se sentant dépourvue du pouvoir et du contrôle

qu'elle avait déjà exercés. Inévitablement, cela a causé de nombreux conflits entre les groupes d'infirmières provenant de cultures de travail distinctes.

La nouvelle administration de l'HRSRH a prescrit un nouveau modèle de gestion (la gestion par programme) qui a mené à des pertes d'emploi au niveau des cadres. Presque toutes les unités ont dû s'adapter à une nouvelle ou un nouveau gestionnaire qui apporte une nouvelle façon de gérer, parfois liée à une culture de travail différente. Les processus de gestion et de prise de décision se sont également transformés. Les infirmières (et les autres employés, bien sûr) ont dû s'adapter à ce nouveau modèle tout en continuant de dispenser aux patients des soins de qualité.

La pénurie de main d'oeuvre

L'HRSRH connaît également une situation qui n'est pas uniquement liée au processus de restructuration de l'hôpital. La pénurie de main d'oeuvre chez les travailleurs de la santé n'est pas un phénomène uniquement sudburois. Partout au Canada et ailleurs, le domaine de la santé est en crise de main d'oeuvre; les infirmières, en particulier, en sont grandement affectées (Baumann *et al.*, 2001; CNA, 1998). Une majorité d'entre elles sont actuellement à l'âge de la retraite ou le seront d'ici dix ans ou moins. Les institutions post-secondaires n'arrivent pas à former suffisamment d'infirmières pour remplacer celles qui partent ou encore qui pensent quitter (CNA, 1998).

À Sudbury, le problème est particulièrement aigu (Human Resources Action Group of Sudbury, 1999) et ce, en grande partie à cause du contexte de changement à l'HRSRH. Les entrevues avec les infirmières et les décideurs ont dévoilé les difficultés de recrutement de l'institution. Dans la plupart des unités à l'HRSRH, les infirmières se sentent surchargées, incapables de faire plus que le nécessaire pour les patients faute de personnel suffisant. Le soin aux patients est toujours adéquat, mais elles ont l'impression qu'elles pourraient en faire plus si elles avaient plus de temps. Elles se disent fatiguées, et vivent énormément de

stress parce qu'elles se sentent obligées de faire des heures supplémentaires pour contrer le manque de personnel dans leur unité de soins.

À ce jour, aucune recherche n'a été effectuée sur un processus de restructuration dans un contexte hospitalier en milieu rural/urbain tel que celui de Sudbury. Ce projet a donc été développé afin de mieux comprendre le processus de fusion des hôpitaux à partir des trois points de vue suivants : celui des décideurs, celui des infirmières et autres dispensateurs et dispensatrices de soins ainsi que celui des personnes qui les reçoivent. En ce sens large, le but est de comprendre le vécu de ces trois groupes dans un processus de changement et de déterminer les similitudes et les différences entre l'expérience de ces différents groupes.

Spécifiquement, les résultats présentés dans ce texte feront uniquement état du point de vue des infirmières qui ont participé à la recherche; l'objectif est de décrire leur vécu et d'examiner leur perception du pouvoir qu'elles possèdent et exercent dans le processus de restructuration. L'objectif est également de déterminer s'il y a un lien entre cette perception de pouvoir et le fait que la profession est traditionnellement perçue comme étant féminine.

Le cadre théorique

La profession infirmière... profession féminine

La profession infirmière est généralement fondée sur deux représentations : 1) elle est majoritairement féminine et socio-culturellement perçue comme telle et 2) le travail essentiel des infirmières auprès des personnes sous-entend un rôle de service et humain (Miller, 1991). En effet, dans la majorité des symboliques entourant la profession infirmière, l'image traditionnelle de la femme-mère qui soigne les malades est la plus populaire. Cette représentation est stéréotypée; elle a été engendrée par une idéologie qui a perpétué la division sexuelle du travail et les ghettos sexuels d'emploi.

«...l'image traditionnelle de la femme-mère qui soigne les malades est la plus populaire.»

De fait, même si on compte encore aujourd'hui un plus grand nombre d'hommes en soins infirmiers, les enjeux de la profession sont tout à fait liés à une problématique féministe; en ce sens que plus la représentation d'un genre dans une profession est grande, plus les rôles de cette profession sont influencés par les stéréotypes du genre (Oresland, 1991).

Les perceptions de la profession infirmière et de la problématique des infirmières sont quelque peu contradictoires. Certains auteures et auteurs (Armstrong, 1993; Blondeau, 1993; Dallaire, 1993; Fournier, 1999; Lalancette, 1993; Lemire-Rodger, 1993; Lévesque-Boudreau, 1993; Norrish et Rundall, 2001; Petitat, 1989) soulignent que la profession s'est créé une place considérable dans le système de santé. La professionnalisation des soins infirmiers, la syndicalisation de la main d'oeuvre ainsi que les changements dans l'éducation et la formation des infirmières ont favorisé la visibilité de la profession et une certaine reconnaissance de la contribution infirmière (Blondeau, 1993). Ces dernières ont acquis récemment, un contrôle sur leur travail en augmentant leur participation au processus décisionnel (Norrish et Rundall, 2001).

Toutefois, d'autres auteures et auteurs (Abbott et Wallace, 1990; Armstrong, 1993; Buresh et Gordon, 2000; Ceci et MacIntyre, 2001; Goulet et Dallaire, 1999; Kane et Thomas, 2000; Letvak, 2001; Miller, 1991; Sebrant, 1999) jettent un regard beaucoup moins encourageant sur la profession aujourd'hui; ils démontrent que l'attitude paternaliste envers les soins infirmiers persiste en dépit des changements au sein de la profession. Le *caring* est généralement perçu comme de moindre valeur que les interventions médicales, et encore relié à un travail féminin (Blondeau, 1993). L'activité infirmière apparaît comme une branche soignante inférieure de la «médecine/science» (Abbott et Wallace, 1990).

Certes, les infirmières ont tenté de se faire un place dans le monde des soins et de la santé; leur situation s'est grandement améliorée depuis quelques décennies. Mais, la profession infirmière n'a pas encore franchi tous les obstacles qui lui sont propres en tant que profession féminine (Blondeau, 1993). Elle est encore parfois invisible, marginalisée, confrontée à la dominance du

monde médical masculin, dépourvue de pouvoir réel. Même le développement de programmes éducatifs n'est pas parvenu à améliorer le statut de la profession dans la hiérarchie médicale (Abbott et Wallace, 1990).

Les femmes et le marché du travail

Dans presque toutes les disciplines, nous trouvons des auteures et auteurs qui ont abordé la question des femmes face marché du travail de même que leurs conditions de travail (Armstrong et Armstrong, 1983; DeKoninck *et al.*, 1983; Messing, 1990; 1995; 2000; Sprout et Yassi, 1995; Vézina et Courville, 1995); des auteures et auteurs ont spécifiquement abordé la question des conditions de travail des infirmières (Laschinger *et al.*, 2001a; 2001b; Skillen, 1995; Villeneuve *et al.*, 1995; Walters *et al.*, 1995).

K. Messing (1990; 1995; 2000) a réalisé plusieurs études sur la santé et la sécurité des travailleuses ainsi que sur les problèmes de santé qui leur sont particuliers. Elle démontre que «les hommes et les femmes sont souvent soumis à des exigences professionnelles différentes, à des stress physiques et émotionnels différents, et ce, même si officiellement ils exécutent les mêmes tâches et que leurs emplois portent le même titre» (2000: 35).

«Quoique le stress au travail ne soit pas limité aux femmes, ces dernières sont exposées à des stressseurs particuliers «en raison du type de travail qu'elles effectuent, à cause de la manière dont elles ont été formées à réagir, de la discrimination sexuelle et de leur situation en dehors du travail»

En réfléchissant sur la question de la santé des travailleuses (et des infirmières), il ne faut pas se limiter à la composante physique: le stress est devenu une grande inquiétude professionnelle analysée par plusieurs auteures et auteurs (Karasek, 1984; Messing, 1990; 1995; 2000; Skillen, 1995; Sprout et Yassi, 1995; Villeneuve *et al.*, 1995). Quoique le stress au travail ne soit pas limité aux femmes, ces dernières sont exposées à des stressseurs particuliers «en raison du type de travail qu'elles effectuent, à cause de la manière dont elles ont été formées à réagir, de la discrimination sexuelle et de leur situation en dehors du travail» (Messing, 2000:166). Les femmes sont exposées à des stressseurs psychologiques particuliers, qui peuvent engendrer des problèmes de santé physique (notamment les crises cardiaques). La santé des femmes, des travailleuses en particulier, est grandement affectée par le stress.

Nous ne tentons pas ici de présenter une liste exhaustive de facteurs qui peuvent engendrer le stress au travail. Nous faisons plutôt le point sur les éléments qui ont un lien spécifique avec la question de parole ou de pouvoir chez les femmes, en particulier chez les infirmières. Plusieurs de ces éléments sont liés au stress chez les travailleuses, entre autres les exigences psychosociales dans le secteur des services, le manque de respect, l'équilibre entre travail et famille, le non-contrôle du processus de travail, de hauts niveaux d'exigences (Messing, 2000; Sprout et Yassi, 1995; Karasek, 1984). Robinson *et al.* (1991) ont trouvé que les symptômes d'épuisement professionnel chez les infirmières augmentent avec les pressions constantes au travail et l'absence de participation aux prises de décision. Une recherche visant à identifier les inquiétudes par rapport au travail des infirmières en Ontario (Villeneuve *et al.*, 1995), met à jour trois préoccupations importantes pour les participantes : 1) l'environnement émotionnel, 2) les rapports avec les gestionnaires et 3) la satisfaction par rapport à l'autonomie, la prise de décision, le respect et la communication efficace. Ces trois préoccupations ont des liens avec le stress vécu par les infirmières.

Le pouvoir

Nous ne pouvons parler de la question de la parole pour la profession infirmière, profession féminine, sans d'abord et avant tout aborder la question du pouvoir des femmes. Les stéréotypes de genre représentent une base idéologique du pouvoir, dans le sens qu'ils transmettent l'idée que les hommes devraient avoir plus de pouvoir et d'influence que les femmes, surtout quand ils et elles interagissent dans un domaine qui est historiquement masculin: le marché du travail.

Le pouvoir et les différences de statut entre les hommes et les femmes sont souvent liés à la socialisation (Gitter, Black, & Mostofsky, 1972; Henley, 1972; Kanter, 1975, 1977; Weitz, 1976) et à la division sexuelle du travail (W.T. Bielby & Baron, 1984; Nieva & Gutek, 1981; Walby, 1986). Les rôles sexuels forment la base des relations de pouvoir (Lipman-Blumen, 1984).

Selon Kanter (1977), les différences apparentes entre les hommes et les femmes sur le plan du pouvoir sont le résultat d'un accès différentiel aux structures qui créent l'*empowerment*. Le travail traditionnellement féminin (secrétariat, soin des enfants, profession infirmière, etc.), contrairement au travail traditionnellement masculin (gestion, médecine, etc.), ne produit typiquement pas des sentiments d'*empowerment* (Kanter, 1977). Les femmes sont plus portées à occuper des emplois dans lesquels elles exercent peu de pouvoir et sont souvent exclues des structures de pouvoir informel dans les organisations (Kanter, 1977).

Si l'on adopte cette perspective, nous pouvons aussi constater que certaines institutions fonctionnent selon certaines traditions. Les membres de la société, incluant ceux qui ont acquis et maintenu le pouvoir en fonction de ces traditions, en viennent à les accepter comme naturelles (Cleveland & Kerst, 1993; Lips, 1991). Le pouvoir institutionnel ou structurel semble parfois si naturel qu'il est difficile tant pour ceux qui le possèdent que pour les autres, de le remettre en question. Les structures organisationnelles reflètent la structure sociale et sont à la base des comportements des hommes et des femmes (Colwill, 1982). En d'autres mots, la structure des organisations (incluant les structures professionnelles) et celles de la société dans son ensemble offrent des occasions et des ressources différentes aux hommes et aux femmes; ces structures perpétuent les différences de genre et renforcent les exigences sociales du comportement des hommes et des femmes au travail.

La question du pouvoir pour les travailleuses de la santé a été abordé par plusieurs auteures depuis 1980, notamment, F. Saillant (1984; 1991; 1992; 2000). Saillant a parlé de l'absence de pouvoir propre à la profession infirmière et du fait que l'hôpital est le lieu de la dominance médicale. DeKoninck, Saillant et Dunnigan (1983) présentent un paradoxe frappant en ce qui a trait au pouvoir des travailleuses comme les infirmières : « dans le domaine de la santé, en nombre absolu, les femmes dominent mais cette présence ne se traduit pas en terme de pouvoir » (127). Ce constat est aussi repris par Dagenais (1985). Cette dernière fait aussi observer que « la profession infirmière a pu se développer en partie parce que,

«Le pouvoir institutionnel semble parfois si naturel qu'il est difficile de le remettre en question.»

dès le départ, elle ne constituait pas une menace pour la profession médicale en train de consolider son pouvoir» (1985: 115).

Synthèse

L'état des connaissances démontre que le stress est un élément qui peut causer énormément de problèmes de santé physique et psychologique chez les travailleuses et chez les infirmières en particulier; il démontre aussi que certains éléments, tels le manque de respect et le non-contrôle du milieu de travail, peuvent engendrer le stress. Ces éléments sont tous liés à une forme de pouvoir dans le milieu de travail. La profession infirmière, profession féminine dans un monde médical idéologiquement masculin, est traditionnellement dépourvue de pouvoir, nonobstant les progrès réalisés par la profession au cours des deux dernières décennies. D'une part, les infirmières sont socialisées, en tant que femmes, de façon telle que leur relation au pouvoir institutionnel est très différente de celle des hommes. D'autre part, les institutions perpétuent aussi cette tradition de pouvoir.

Si tel est le cas, qu'en est-il des infirmières qui travaillent dans un milieu en constant changement? L'objectif ici est de déterminer si les infirmières qui dispensent les soins de première ligne à l'HRSRH, lorsqu'on leur demande de se prononcer sur leur vécu dans un milieu de changement, font également état de difficultés sur le plan espace de parole ou lieu de pouvoir.

La méthodologie

Ce projet a pour but d'engager les parties impliquées (infirmières et autres dispensateurs et dispensatrices de soins, décideurs et bénéficiaires de soins) à étudier leurs problèmes et à développer des solutions facilitant le processus de fusion de l'hôpital. L'équipe de recherche a également pour objectif de développer une conceptualisation théorique de ce processus qui servira à d'autres

systèmes de santé évoluant dans des contextes semblables. Afin de répondre aux objectifs, une approche qualitative a été privilégiée. En utilisant la méthode de recherche-action, les points de vue de personnes affectées par l'intégration de l'hôpital (des infirmières et d'autres dispensateurs et dispensatrices de soins, des décideurs et des bénéficiaires de soins) sont mesurés en trois moments différents lors du processus de fusion. Jusqu'à maintenant, deux séries d'entrevues ont été effectuées auprès des trois groupes de participants et de participantes. Les résultats de chaque série d'entrevues sont ensuite présentés aux membres de l'organisation hospitalière afin de trouver des solutions au processus d'intégration.

Les résultats présentés ci-dessous sont issus des entretiens auprès des infirmières qui dispensent les soins de première ligne.

L'enquête

La collecte de données auprès des infirmières de l'HRSRH a été faite à partir d'entrevues semi-dirigées⁴ tenues aux mois de mars et d'avril 2001, dans la région de Sudbury. Elles comportaient cinq questions et avaient pour but de connaître : 1) le vécu des participantes lors de la restructuration; 2) la perception qu'ont les infirmières de la fusion des hôpitaux; 3) l'implication des infirmières dans le processus de fusion et 4) la perception qu'ont les participantes par rapport aux avantages et aux inconvénients de la fusion. La durée des entrevues variait entre 30 et 120 minutes.

L'échantillon

L'échantillon a été construit selon une démarche théorique. La sélection de participantes potentielles s'est faite en tenant compte de deux critères. D'abord, l'équipe de recherche a choisi cinq unités de soins qui avaient connu un changement quelconque

(déménagement, fusion à une autre unité); les infirmières choisies devaient travailler dans l'une de ces unités de soins. Ensuite, celles qui acceptaient de participer devaient avoir travaillé à l'HRSRH depuis au moins dix ans; aucune nouvelle diplômée ne faisait partie de l'échantillon parce qu'incapable de comparer la présente situation à celle de la pré-fusion.

Dans un premier temps, l'équipe de recherche a collaboré avec les gestionnaires de l'HRSRH afin de dresser la liste d'unités de soins éligibles. Ensuite, l'équipe de recherche a collaboré avec certaines infirmières clés (par exemple, un leader d'unité) pour identifier des participantes potentielles. Au départ, onze infirmières ont été approchées; l'une d'entre elles n'a pas accepté de participer. Nous avons ensuite procédé par la technique « boule de neige » pour compléter l'échantillonnage.

En tout, dix-neuf infirmières (toutes des femmes) qui dispensent des soins de première ligne ont participé à la recherche⁵, 58,2 % d'entre elles étant âgées de plus de 45 ans. La majorité possède soit un diplôme collégial ou une formation hospitalière (77,3 %) et oeuvre dans la profession depuis au moins vingt ans (55,6 %). Les infirmières cadres à l'HRSRH ne font pas partie de ce groupe mais plutôt de celui des décideurs.

La méthode d'analyse

Puisque l'un des objectifs principaux de cette recherche est le développement d'une conceptualisation théorique du processus de fusion des hôpitaux, la méthode privilégiée est celle de la théorisation ancrée, élaborée par Glaser et Strauss (1967). La construction théorique suggère le regroupement et le lien de similitudes dans les données, ce qui peut être accompli en utilisant une analyse comparative continue (Strauss, 1987; Laperrière, 1997).

Dans un premier temps, les verbatims des entrevues ont été examinés par des membres de l'équipe de recherche afin d'identifier une première série de catégories pertinentes. Ces

thèmes ont ensuite été subdivisés en sous-thèmes. En tout, 18 thèmes et sous-thèmes ont été identifiés. Une première codification thématique a été faite à l'aide du logiciel de traitement des données NUD*IST. Selon le contenu des réponses, plus qu'un thème pouvait être assigné à un énoncé.

Dans un deuxième temps, les membres de l'équipe de recherche ont réévalué les données en fonction des thèmes; une analyse conceptuelle des thèmes et une analyse comparative continue ont mené au développement de cinq concepts principaux: le chaos, la parole, le soutien, la culture, et les perspectives d'avenir. La perception de la fusion des hôpitaux diffère en raison du groupe auquel on appartient. Les trois groupes sont en accord sur un point en particulier: l'HRSRH vit actuellement une période énormément chaotique qui comporte des changements et engendre de la détresse. Puisque le but ici est de faire valoir les enjeux des infirmières sur le plan « parole et pouvoir » dans le contexte de changement, les résultats présentés proviennent principalement des entrevues avec elles.

Les résultats

«La surcharge de travail combinée au stress de ... fait en sorte que le taux d'absentéisme est de plus en plus élevé et que le taux des blessures au travail augmente à un rythme alarmant.»

L'analyse du discours des infirmières mène à une conception d'une situation d'emploi qui est loin d'être «rose». Depuis le début de la restructuration de l'HRSRH (il y a déjà plus de quatre ans) les infirmières oeuvrent dans un milieu en changement continu, un milieu en transition, un milieu chaotique. La surcharge de travail combinée au stress de réapprendre à nouveau l'aménagement du milieu fait en sorte que le taux d'absentéisme est de plus en plus élevé et que le taux des blessures au travail augmente à un rythme alarmant. Le manque de soutien, soit en termes de leadership de la part des gestionnaires (qui sont trop occupés à «restructurer» pour bien gérer les unités), soit en termes de manque d'encouragement pour la formation en cours d'emploi, ajoute à la situation déjà chaotique un élément de détresse et de mécontentement chez les infirmières. Enfin, la question de «parole» des

infirmières a aussi été soulevée. D'ailleurs, c'est l'un des concepts les plus importants qui soit ressorti des entrevues auprès de ces dernières. En particulier, elles parlent de communication, de prise de décision et de participation au processus (*input*).

La communication inefficace

«Le manque de communication efficace au sein de l'institution est un problème réel pour les infirmières. Elles doivent effectuer un grand nombre de changements dans leur façon de travailler, mais elles n'ont pas l'impression d'avoir tous les renseignements nécessaires.»

Le manque de communication efficace au sein de l'institution est un problème réel pour les infirmières. Elles doivent effectuer un grand nombre de changements dans leur façon de travailler, mais elles n'ont pas l'impression d'avoir tous les renseignements nécessaires. Certaines ont l'impression que l'organisation transmet énormément d'informations portant sur la restructuration en général mais ne communique pas les changements spécifiques. Comme l'exprime une infirmière:

« Je pense qu'ils essaient. Il y a des bulletins d'information dans le réseau informatique pour aviser le personnel, des sessions de formation sont mises en place pour expliquer ce qui se passe de jour à jour, mais en réalité, ce sont les petites choses, ce qui se passe quotidiennement, qui sont importantes, plutôt que d'avoir l'image globale de la situation. » (Angela⁶)⁷

Certaines infirmières affirment que le processus de communication est trop complexe: il y a trop d'informations qui circulent alors on n'écoute plus; le message diffusé change constamment:

« Personne n'est intéressé à écouter; on nous envoie des courriers électroniques. C'est comme du courrier qui s'accumule dans la corbeille à la maison. On ne fait que les éliminer parce que nous savons que demain, le message sera totalement différent. Car ils ont fait une erreur et ça doit être révisé. Pourquoi ne pas le faire correctement la première fois? » (Nicole)

Les infirmières ont aussi une perception que les administrateurs et administratrices ont des secrets et ne veulent pas les partager avec les employées et employés:

« Je pense que malgré ce que la restructuration a tenté de faire d'une façon ou d'une autre, le manque de communication est ce qui cause encore le plus de mécontentement; c'est incroyable comme ils ne nous disent pas ce qui se passe. Il n'y a rien qui est secret ici. Ils ne peuvent pas me dire pourquoi nous sommes endettés de 30 millions de dollars? Nous sommes tous ici pour la même raison, pour le soin des patients. Les directeurs et les gestionnaires qui assistent aux réunions reviennent et ne nous disent jamais rien. On ne les voit pas et nous n'avons aucune idée. Ils prennent des décisions sur la façon dont nous allons dispenser des soins. » (Nellie)

Quelques infirmières se sentent frustrées parce que souvent, elles entendent parler des changements et des nouvelles de l'hôpital dans les médias avant même que l'on fasse circuler les informations au sein de l'institution.

Par contre, une minorité des infirmières affirme que le système de communication à l'HRSRH est efficace et que tous les changements sont communiqués aux employées et employés:

« On a reçu de nombreuses notes de service alors on sait ce qui se passe. Les communiqués sont surtout par rapport à la planification future, comme par exemple la disposition des unités de soins, le stationnement, le plan de la cafétéria et beaucoup d'autres choses. » (Andrea)

Alors que se passe-t-il par rapport au système de communication à l'HRSRH? Certains gestionnaires constatent que le système de communication est tel que tous les changements sont communiqués aux employées et employés et aux infirmières en particulier aussi efficacement que possible. Par contre, d'autres gestionnaires admettent qu'il y a énormément d'informations à communiquer et donc qu'il est parfois difficile d'être efficace. Ils et elles admettent que la communication dans l'organisation est très difficile en raison du fait que l'on continue de fonctionner

sur trois sites différents; il est très difficile de promouvoir la communication de personne à personne. Mais les gestionnaires insistent sur le fait qu'énormément d'efforts visent à promouvoir le partage d'informations au sein de l'organisation et à communiquer les changements. Pourtant, si nous prenons en considération la perspective des infirmières, le système de communication est inefficace.

La prise de décision... « loin de nous »

Selon toutes les infirmières, il y a eu énormément de changements dans la structure administrative, ce qui a mené à une grande instabilité et a causé énormément de stress. Elles éprouvent aussi des difficultés du point de vue leadership à la fois dans les unités de soins et dans l'hôpital en général à cause de tous ces changements.

« Plusieurs unités de soins ont connu d'importants changements au sein de la direction, ce qui a mené à un déséquilibre en terme de leadership en plus de créer beaucoup de stress. » (Naomi)

Un grand nombre d'infirmières se sentent moins à l'aise avec les décideurs actuels qu'elles l'étaient auparavant, et ne sentent pas qu'elles ont un lien avec ces derniers. Elles ont l'impression que les décisions sont prises de loin (en dehors d'elles), sans aucune considération de leur perspective. Il est vrai qu'il y a une certaine visibilité des infirmières dans la structure hiérarchique de l'HRSRH. Mais les infirmières de chevet se sentent très éloignées des infirmières cadres. Comme l'exprime si bien Lucy :

« Nous prenons pour acquis que les personnes occupant les postes les plus élevés ont une éducation universitaire et que tout le monde comprend le processus de changement. Je pense qu'ils sont trop loin de la base. Il y a trop de niveaux administratifs et ils se croient tous experts de la planification en plus d'avoir toutes les réponses. Ils pensent que nous sommes aussi à la

table lors des discussions et lorsque les choses ne fonctionnent pas ils ne comprennent pas que les personnes au bas de l'échelle protestent; ils ne sont pas toujours réalistes et un grand nombre de ces gestionnaires n'ont pas été au chevet à dispenser des soins à de vraies personnes depuis plusieurs années. Il y a beaucoup trop de théorique et pas assez de pratique. Ça fait trop longtemps qu'ils sont trop loin de la chose croyant que les infirmières ne peuvent pas le faire, car d'après eux, tout devrait être parfait. » (Lucy)

Les infirmières constatent aussi qu'il est important que les décideurs s'assurent de considérer les perspectives des employés en prenant des décisions:

« Mais encore, il faut y avoir l'opinion du personnel. La meilleure façon c'est de la solliciter. Et de les impliquer dans la prise de décision. Ne faites pas juste leur dire : "c'est comme ça que tu dois faire". Il faut leur faire réaliser qu'ils font partie de la restructuration. Je crois que dans certaines occasions il y a un but à atteindre et non pas seulement une pièce du casse-tête à insérer. » (Angela)

Le nouveau modèle de gestion qui a été instauré à l'HRSRH (gestion par programmes) depuis quelques années est un modèle qui est censé rapporter la prise de décision aux dispensateurs et dispensatrices de soins. Par contre, un certain nombre d'infirmières éprouvent de la difficulté avec ce modèle de gestion, et n'ont pas l'impression d'avoir un rôle réel ou significatif à jouer dans la prise de décision.

Les infirmières de première ligne... loin de participer au processus de changement

La question de la participation au processus de prise de décisions et plus particulièrement au processus de restructuration est

soulevée à plusieurs reprises par les infirmières. À leur avis, leur participation au processus (input) n'est pas du tout encouragée. En voici quelques exemples:

*« Je sais que nous avons toutes le sentiment que nous ne participons pas suffisamment. Même les personnes impliquées dans les soins directs, non seulement les infirmières mais les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les techniciens de laboratoire ne participent pas à la prise de décision. Tous oeuvrent à l'intérieur d'un environnement stressant et les décisions sont prises par quelqu'un qui est très loin de cette réalité. Un des plus gros stresseurs est que les travailleurs sentent qu'ils sont seulement là pour se faire dire quoi faire et non pas pour exprimer leur opinion par rapport à des possibilités pour améliorer les conditions de travail. »
(Diane)*

« Je crois que les gens ne perçoivent pas qu'ils sont assez impliqués. Vous savez que les décisions sont prises arbitrairement à un niveau supérieur et qu'il ne vaut pas la peine de contribuer, car de toute façon personne ne vous écoute. » (Donna)

Les infirmières se sentent tout à fait démunies de pouvoir en ce qui concerne les changements qui se font autour d'elles dans leur milieu de travail. Elles précisent qu'elles ont des choses à apporter au processus de restructuration et à la planification du nouveau site parce qu'elles ont énormément d'expérience de travail et qu'elles savent ce qui se passe au chevet des patients. Par contre, un grand nombre d'entre elles admettent qu'elles sont invitées à siéger sur des comités, mais que cette invitation n'est qu'une manifestation d'un sens d'obligation chez les administrateurs et administratrices. L'invitation formelle leur est faite, mais la réalité ne reflète pas une volonté d'entendre ce qu'elles ont à dire. Comme l'exprime si bien une infirmière:

« L'invitation formelle à participer leur est faite, mais la réalité ne reflète pas une volonté d'entendre ce qu'elles ont à dire.

« Alors vous êtes là pour partager vos idées mais ... nous leur avons dit ce que devait être le programme

chirurgical et ce dont nous avons besoin. Pourtant les dessins de l'architecte ne correspondaient aucunement à ce que nous avons suggéré au moment de nos réunions. Alors je me demande "qui a bien pu prendre les notes?" Ou "avaient-ils leur propre agenda?" Ou encore, "ils ont décidé de le faire comme ils le voulaient, qui sait"? Au moment de la planification et de la construction, il ne semble pas y avoir de l'intérêt à ce qui se passe au sein de l'unité de soins. J'ai également été impliquée dans d'autres comités, tels que le comité sur le système de distribution des narcotiques et des médicaments. Encore une fois, lorsque vous lisez les procès-verbaux de ces comités, vous vous demandez si vous étiez là car le compte rendu ne reflète pas ce que la majorité des participants ont dit. Il semble que les responsables rapportaient ce qu'ils pensaient. J'ai donc démissionné des comités. » (Laura)

Donc, on n'écoute pas les infirmières; on leur donne une chance d'exprimer une opinion une fois que les décisions ont été prises. La majorité d'entre elles ont cessé de donner des opinions sur le processus de fusion et ont cessé de siéger aux comités dans l'institution parce que l'expérience qu'elles y ont eu n'est pas positive. Elles ont l'impression qu'elles n'ont pas droit de parole, qu'elles sont invisibles, et qu'elles ont perdu contrôle de la situation.

« Alors nous siégeons. Tu allais à des réunions et disais: "nous avons besoin de ceci". "mais, nous ne pouvons pas mettre cela là!" "Nous avons besoin d'une salle de toilettes là!" "Non, nous ne pouvons pas faire cela parce que les plans ont déjà été faits". "Mais alors, défaites-les! Changez-les et mettez une salle de toilettes là!" Ou bien certaines salles étaient tellement petites que nous ne pouvions pas y mettre de civières et c'était tellement frustrant que j'ai abandonné. J'en pouvais plus parce qu'à chaque fois que nous offrions une suggestion, les architectes étaient prêts à nous dire: "non, ce n'est pas ce qu'il vous faut." Alors, ils ont dressé des

plans qu'ils nous ont montrés. Ils nous ont alors dit: "qu'en pensez-vous?" Il fallait vraiment les examiner et nous disions: "ok, mais peut-être vous pouvez mettre ceci là." La première journée, il n'y a pas eu de problèmes, mais un jour, nous sommes rentrées et ils nous on dit: "bon bien nous ne pouvons plus rien changer."

[Alors vous ne sentiez pas qu'on entendait vos suggestions?]

Non! Les voix des infirmières ne sont pas du tout entendues ici! (Allison)

D'autres infirmières parlent du fait qu'il est difficile pour elles de siéger aux comités auxquels elles sont invitées parce que les heures des réunions ne sont pas appropriées pour leur horaire de travail. Elles admettent aussi qu'il y a une impression chez les infirmières que la majorité des comités sont pour les décideurs et donc elles ne se sentent pas à l'aise d'y siéger.

« Il y a des comités et on demande aux infirmières d'y siéger. Il y a un problème continu avec les comités car les heures de rencontre sont toujours du lundi au vendredi entre huit heures et quatre heures alors que les infirmières travaillent sur différents quarts de travail. Donc, si vous travaillez pendant le quart de nuit, vous ne vous réveillerez pas à dix heures le matin pour participer à une réunion. Il y a déjà eu des demandes de réunions en soirée ou à d'autres périodes de temps mais cela a toujours été refusé. Alors que se passe-t-il? Les infirmières sont en colère et refusent de siéger dans des comités en guise de protestation. Je vais faire ce que j'ai à faire et je ne siégerai plus sur les comités. Elles croient que ça ne fera rien car toutes les décisions sont déjà prises par l'administration. On invite les infirmières pour obtenir leur opinion mais en réalité ce n'est que par courtoisie. C'est très difficile de recruter des personnes pour siéger à des comités. »(Tracy)

Encore d'autres infirmières insistent sur le fait qu'il est important qu'elles soient capables de faire entendre leurs propos, mais qu'un grand nombre d'entre elles ont peur de prendre la parole.

« Les infirmières chialent. Si vous parlez suffisamment et pensez que vous avez une bonne idée ou une opinion intéressante, vous pouvez la partager avec votre directrice ou lui envoyer un courrier électronique. Je parle de la directrice générale qui est une femme extrêmement abordable et les gens sont capables de lui parler. J'aimerais bien lui envoyer un message par courrier électronique lui disant: "J'ai entendu parler de cela et je ne suis pas certaine mais je crois que ce serait une bonne idée et qu'en pensez-vous?" J'aimerais bien faire cela alors que d'autres personnes n'oseraient pas de peur que ce soit mal reçu. Et probablement parce qu'on ne leur a jamais accordé un tel soutien. Alors, elles ont décidé de ne rien dire et de souffrir en silence au lieu de se parler et d'avoir l'air stupide » (Stephanie, infirmière).

Ainsi, la parole des infirmières demeure inaudible à l'HRSRH. L'invisibilité des infirmières, la non écoute de leur parole, persistent. Comme le résume si bien l'une d'entre elles:

« Notre parole ne se fait jamais entendre. Les décisions sont prises sans l'input des infirmières. Et à un certain niveau ce sont les sous et non les soins des patients qui comptent. Les infirmières se sentent oubliées ou laissées de côté car plusieurs choses sont faites sans aucune consultation avec elles. » (Nellie).

Discussion

De toute évidence, les infirmières qui dispensent les soins de première ligne ne sentent pas qu'elles font partie du processus de prise de décision à l'HRSRH. Même dans les instances où elles

sentent qu'on leur a donné la chance de s'exprimer, elles constatent aussi qu'on ne les a pas écoutées. Elles perdent confiance dans le système et donc elles abandonnent. Le processus de participation aux prises de décision n'est pas favorable à la situation des infirmières et ne considère pas toujours les enjeux qui leurs sont propres. L'impact de leurs connaissances et de leur expérience semble insignifiant lorsque l'on comprend qu'elles ont peu d'effet sur les pouvoirs décisionnels de l'organisation. Les infirmières ont l'impression de travailler dans un environnement qui ne leur donne pas la chance de s'exprimer.

Il est important de réfléchir aux enjeux auxquels elles sont confrontées. Pourquoi ne sont-elles pas entendues dans leur milieu de travail? Pourquoi ne se sentent-elles pas impliquées dans le processus décisionnel de l'hôpital?

Afin de le comprendre, il faut faire un retour sur ce que nous savons déjà par rapport au pouvoir des femmes sur le marché du travail. Deux éléments importants sont à retenir. D'abord, la socialisation des femmes fait en sorte que leur relation au pouvoir est très différente de celle des hommes. D'ailleurs, elles ont appris dès un jeune âge l'importance de développer des qualités « féminines », qualités qui ne sont pas nécessairement vouées à la prise de parole ou de pouvoir. Mais la réflexion ne peut s'arrêter là; les infirmières ne sont pas tout à fait silencieuses. Elles ont tenté, à maintes reprises, de participer au processus décisionnel de l'hôpital, de prendre la parole. À leur avis, on ne les a pas écoutées, on ne leur transmet pas de façon efficace les renseignements nécessaires.

Alors, nous pouvons dire que c'est, en réalité, au niveau institutionnel que se perpétue la non-écoute des infirmières. L'environnement du marché du travail, et plus particulièrement, l'environnement qui a comme base idéologique la domination de la médecine « masculine » définit non seulement les comportements des acteurs, mais aussi la façon de penser des membres de l'organisation. C'est donc à un niveau beaucoup plus large qu'on trouve réellement la source du problème de la non-écoute. La culture organisationnelle des institutions empêche la prise de pouvoir par les femmes (même dans les cas où nous trouvons des

«C'est au niveau institutionnel que se perpétue la non-écoute des infirmières. L'environnement du marché du travail, et plus particulièrement, l'environnement qui a comme base idéologique la domination de la médecine « masculine » définit non seulement les comportements des acteurs, mais aussi la façon de penser des membres de l'organisation.»

femmes dans les structures administratives). Le renforcement et le soutien des rôles sexuels sont très importants pour maintenir le statu quo et pour empêcher le changement.

D'ailleurs, les entrevues auprès des décideurs démontrent qu'il n'y a pas tout à fait un manque de volonté conscient d'inclure les infirmières dans le processus de décision. Grand nombre d'entre eux et elles admettent que l'administration en fait beaucoup pour les inclure. Mais, la culture dans laquelle l'institution fonctionne, comme c'est le cas dans la majorité des institutions, ne crée pas un environnement propice à la prise de parole des infirmières. Comme le souligne bien Kanter (1977), les cultures organisationnelles fonctionnent selon des traditions, traditions qui sont rarement questionnées par les membres de l'administration. C'est donc en prenant un recul sur les pratiques culturelles de l'organisation que la situation peut réellement s'améliorer.

Un autre élément important s'ajoute ici. Les infirmières qui ont fait partie de cette enquête travaillent au sein d'une institution perturbée par les changements dus au processus de fusion et de transition. Une infirmière qui travaille dans un milieu de changement continu se sent énormément privée de pouvoir et d'autonomie. L'effet de la restructuration sur les infirmières et sur leur milieu de travail est assez bien documenté (Armstrong et Armstrong, 2002; Armstrong-Stassen *et al.*, 1996; Burke et Greenglass, 1999; Laschinger *et al.*, 2001; McDermott *et al.*, 1996; Norrish et Rundall, 2001). Plusieurs aspects de la satisfaction au travail chez les infirmières sont affectés par la restructuration et peuvent avoir des répercussions considérables sur la profession et sur les soins de santé au Canada (Armstrong et Armstrong, 2002).

Conclusion

Les propos développés mettent en lumière les difficultés vécues par les infirmières qui oeuvrent au sein d'un milieu de travail perturbé par les conséquences de la restructuration. Les changements dans leur milieu de travail ont engendré des sentiments

d'insécurité, ce qui a produit des difficultés sur le plan « parole ». Cet extrait de recherche démontre que les infirmières ont tenté de participer au processus de prise de décisions, mais malheureusement ont dû se résoudre à abandonner. Conséquemment, il y a un manque indéniable d'*input* de la part des infirmières de chevet, qui sont les mieux placées pourtant pour déterminer les besoins dans leur environnement de travail. Les résultats démontrent clairement que ces dernières vivent une réalité très difficile : invisibles, inaudibles, marginalisées, démunies de pouvoir réel, elles doivent malgré tout assurer les soins de première ligne.

Cette représentation de la profession infirmière n'est pas nouvelle; et on peut facilement établir un lien entre ce qu'elles vivent, décuplé par les effets de la restructuration et les obstacles quotidiens auxquels sont confrontées les femmes lorsqu'elles veulent prendre leur place sur le marché du travail. Les infirmières, en tant que groupe majoritairement féminin, doivent surmonter des obstacles réels dans la construction d'un « espace de parole » qui leur serait propre. Les idées relatives à la subordination, au rôle de la mère et la perception sociale traditionnelle des infirmières ne favorisent pas, voire ne permettent pas à l'infirmière de prendre sa place et de s'exprimer. L'environnement dans lequel elle agit n'est pas propice à l'expression. La culture organisationnelle, dans un sens large, limite la liberté d'agir des infirmières, particulièrement à cause de leur statut en tant que profession majoritairement féminine.

Tant les diverses organisations en santé; que la société dans son ensemble pourraient bénéficier de l'écoute des infirmières et de leur implication dans le processus de prise de décision. Pour la profession même, mettre l'accent sur la visibilité de la profession mènerait à voir les infirmières comme plus qu'une paire de mains, plus qu'un soutien auxiliaire, mais comme participantes au « vrai » travail médical (Davies, 1995). La reconnaissance de leur contribution au domaine de la santé pourrait engendrer des politiques beaucoup plus efficaces et pourrait donc augmenter la qualité des soins de santé.

Il est également important de générer chez les infirmières un sentiment de pouvoir (*empowerment*). Ce sentiment permettrait

de créer un environnement de travail beaucoup plus positif: les employées auraient plus confiance en leurs gestionnaires, seraient plus satisfaites de leur travail, plus portées à s'engager à l'institution (Finegan et Laschinger, 2001). Permettre l'émergence d'un sentiment de pouvoir est doublement important dans des organismes en changement où les gens sont plus portés à se sentir dévalorisés et frustrés. Ce « sens de pouvoir » pourrait bien être l'outil qui aiderait les infirmières à gérer les pressions et les luttes pour maintenir des soins de qualité dans un environnement chaotique et transitionnel.

Mais, si nous faisons le lien entre les difficultés vécues par les infirmières et l'identité de leur profession perçue comme féminine, nous devons aussi nous interroger sur le rapport des infirmières à l'identité de genre. Les infirmières qui ont participé à cette recherche ne s'identifient pas du tout par rapport à leur genre; elles s'identifient plutôt par rapport à leur profession. Elles n'analysent pas leur situation de femmes et leur position en tant que femmes dans le système médical. Elles ne font pas le rapport entre le fait qu'elles sont, d'abord et avant tout, des femmes et leurs difficultés sur le plan « parole » au sein de l'organisation. Le lien entre ce que vivent les infirmières et les enjeux du système médical patriarcal est évident, mais c'est plutôt nous, en tant que chercheuses, qui engendrons cette réflexion.

Il est concevable que le lien n'ait pas été fait par les infirmières dans ce cas parce qu'elles n'ont pas été directement interrogées par rapport à leur situation de femmes. L'objectif de la recherche dans son ensemble n'était pas de comprendre le vécu des infirmières en tant que groupe majoritairement féminin. L'objectif était plutôt de comprendre leur perception de ce qui se passe dans leur organisation par rapport aux changements liés à la fusion des hôpitaux. Mais il importe, toutefois, de continuer à s'interroger et à interroger les infirmières sur leur prise de conscience identitaire.

Il ne suffit pas que les infirmières s'identifient uniquement par rapport à leur profession. Nous savons qu'elles ont lutté pour la reconnaissance de la profession à plusieurs niveaux. Mais elles ne peuvent s'arrêter là; en dépit du fait qu'elles ont connu énormément de progrès au cours des dernières décennies, elles

rencontrent encore des obstacles à se faire entendre autant dans les hôpitaux que dans tout le système médical. La lutte pour la reconnaissance doit donc se faire à un autre niveau pour que les infirmières puissent connaître de réels changements dans leur situation sur le plan « parole »: « la prise de conscience est située, d'une part, dans leur champ professionnel et, d'autre part, dans le champ plus global des rapports patriarcaux caractéristiques de notre société. » (Dagenais, 1985:14). Elles ont déjà pris conscience de leur identité professionnelle; mais le premier niveau de conscience, c'est la conscience de genre. C'est donc en s'identifiant en tant que femmes, en se regroupant et en s'associant à d'autres femmes issues d'autres professions féminines, qu'elles peuvent engendrer de réels changements dans le système de santé et dans la société.

Bibliographie

- ABBOTT, P. et C. WALLACE (1990). «The sociology of the caring professions: an introduction» dans P. Abbott et C. Wallace éd. *The Sociology of the Caring Professions*. Hampshire, UK. The Falmer Press. 1-9.
- ABBOTT, P. et C. WALLACE (1990). «Social work and nursing: a history» dans P. Abbott et C. Wallace éd. *The Sociology of the Caring Professions*. Hampshire, UK. The Falmer Press. 10-28.
- ARMSTRONG, P. et H. ARMSTRONG (1983). *Une majorité laborieuse. Les femmes qui gagnent leur vie, mais à quel prix?*. Ottawa, Ontario. Conseil consultatif canadien de la situation de la femme.
- ARMSTRONG, P. et H. ARMSTRONG (2002). «Women, privatization and health care reform: the Ontario Case» dans P. Armstrong éd. *Exposing Privatization*. Aurora, Ontario. Garamond Press, 163-215.
- ARMSTRONG, P., J. CHOINIÈRE et E. DAY (1993). *Vital Signs: Nursing in Transition*. Aurora, Ontario. Garamond Press.
- ARMSTRONG-STASSEN, M., S.J. CAMERON et M.E. HORSBURGH (1996). «The impact of organizational downsizing in the job satisfaction of nurses». *Canadian Journal of Nursing Administration*, nov-déc, 8-25.
- BAUMANN A. et al. (2001). *Commitment and Care: the Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their patients and the system — A Policy Synthesis*. Canadian Health Services Foundation and the Change Foundation.
- BIELBY, W. T., et J.N. BARON (1984). « A woman's place is with other women: Sex segregation within organizations » dans B. F. Riskin (éd.). *Sex segregation in the workplace*. Washington, DC. Academy Press. 27-55.
- BLONDEAU, D. (1993). «Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui» dans O. Goulet éd. *La profession infirmière: valeurs, enjeux, perspectives*. Boucherville, Québec. Gaëtan Morin Éditeur.

7-22.

- BURESH, B. et S. GORDON (2000). *From Silence to Voice: What Nurses Must Know and Must Communicate to the Public*. Ottawa, Ontario. Canadian Nurses' Association.
- BURKE, R. J. et E. R. GREENGLASS (2000). «Effects of hospital restructuring on full time and part time nursing staff in Ontario». *International Journal of Nursing Studies*, vol. 37, 163-171.
- CAMPBELL, M. (2000). «Knowledge, gendered subjectivity, and the restructuring of health care: the case of the disappearing nurse» dans S. M. Neysmith éd. *Restructuring Caring Labour*. Canada. Oxford University Press. 186-208.
- CANADIAN NURSES' ASSOCIATION (1998). *The Quiet Crisis in Health Care*. A Submission to the House of Commons Standing Committee on Finance and the Minister of Finance. Ottawa, Ontario. CNA.
- CECI, C. et M. MCINTYRE (2001). «A quiet crisis in health care: developing our capacity to hear». *Nursing Philosophy*, vol. 2, no 2, 122-131.
- CLEVELAND, J. N., et KERST, M. E. (1993). «Sexual harassment and perceptions of power: an under-articulated relationship». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 42, 49-67.
- CLEVELAND, J. M. STOCKDALE et K. MURPHY (2000). *Women and men in Organizations: Sex and gender issues at work*. New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- COLWILL, N. (1982). *The new partnership*. Palo Alto, California. Mayfield.
- DAGENAIS, H. (1985). «Les femmes et le pouvoir dans le domaine de la santé» dans Gendron, C. et M. Beauregard (éd.). *Les femmes et la santé*. Chicoutimi, Québec. Gaëtan Morin, Éditeur. 107-118.
- DALLAIRE, C. (1993). «La contribution des soins infirmiers au système de santé» dans O. Goulet éd. *La profession infirmière: valeurs, enjeux, perspectives*. Boucherville, Québec. Gaëtan Morin Éditeur. 23-54.
- DEKONINCK, M., F. SAILLANT et L. DUNNIGAN (1983). *Essai sur la santé des femmes*. Québec. Gouvernement du Québec.
- DODD, D. et D. GORDON (1994). *Caring and Curing: Historical Perspectives on Women and Healing in Canada*. Ottawa, Ontario. University of Ottawa Press.
- FINEGAN, J. et H. SPENCE LASCHINGER (2001). «The antecedents and consequences of empowerment: a gender analysis». *Journal of Nursing Administration*, vol. 31, no 10, 489-497.
- FOURNIER, L. (1999). «Pourquoi le virage ambulatoire? Les déterminants de la réforme québécoise des services de santé et ses conséquences pour la profession infirmière» dans O. Goulet et C. Dallaire éd. *Soins infirmiers et société*. Boucherville, Québec. Gaëtan Morin Éditeur. 7-31.
- GITTER, A.G., H. BLACK, et D.I. MOSTOFKY (1972). «Race and sex in the communication of emotion». *Journal of Social Psychology*, vol. 88, 273-276.
- GLASER, B.G. et A.L. STRAUSS (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York. Aldine.
- GOULET, O. et C. DALLAIRE (1999) *Soins infirmiers et société*. Boucherville, Québec. Gaëtan Morin Éditeur.
- HEALTH SERVICES RESTRUCTURING COMMISSION (1999). *Better Hospitals, Better Health Care for the Future. Summary Report on Hospital Restructuring (1996-1999)*.

- HENLEY, N. M. (1972). *Body politics: Power, sex, and nonverbal communication*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.
- HUMAN RESOURCES ACTION GROUP OF SUDBURY (1999). *Presentation to the Sudbury Health Systems Round Table*.
- KANE, D. et B. THOMAS (2000). «Nursing and the 'F' word». *Nursing Forum*, vol. 35, no 2, 17-24.
- KANTER, R. M. (1975). «Women and the structure of organizations: Explorations in theory and behavior.» dans M. Millman et R.M. Kanter (éd.). *Another voice: Feminist perspectives in social life and social sciences*. Garden City, NY. Anchor/Doubleday.
- KANTER, R.M. (1977). *Men and Women of the corporation*. New York. Basic Books.
- KARASEK, R. (1984). «Characteristics of task structure associated with physiological stress and cardiovascular illness». *Annual American Conference on Industrial Hygiene* 8. 27-32.
- LALANCETTE, D. (1993). «L'Ordre professionnel» dans O. Goulet éd. *La profession infirmière: valeurs, enjeux, perspectives*. Boucherville, Québec. Gaëtan Morin Éditeur. 93-112.
- LAPERRIÈRE, A. (1997). « La théorisation ancrée (*grounded theory*): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées» dans Poupart et al. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, Québec. Gaëtan Morin Éditeur. 309-340.
- LASCHINGER, H., J. SHAMIAN et D. THOMSON (2001). «Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction». *Nursing Economics*, vol. 19, no 5, 209-219.
- LASCHINGER, H., J. FINEGAN et J. SHAMIAN (2001). «The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment». *Health Care Management Review*, vol. 26, no 3, 7-23.
- LEMIRE-RODGER G. (1993). «L'infirmière et l'action politique» dans O. Goulet éd. *La profession infirmière: valeurs, enjeux, perspectives*. Boucherville, Québec. Gaëtan Morin Éditeur. 131-148.
- LETVAK, S. (2001). «Nurses as working women». *Association of Operating Room Nurses*, vol. 73, no 3, 675-682.
- LÉVESQUE-BOUDREAU, D. (1993). «La syndicalisation de la main d'oeuvre infirmière» dans O. Goulet éd. *La profession infirmière: valeurs, enjeux, perspectives*. Boucherville, Québec. Gaëtan Morin Éditeur. 113-130.
- LIPMAN-BLUMEN, J. (1984). *Gender roles and power*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.
- LIPS, H. M. (1991). *Women, men, and power*. Mountain View, California. Mayfield.
- MACPHERSON, K.I. (1991). «Looking at caring and nursing through a feminist lens» dans R. Neil et R. Watts éd. *Caring and Nursing: Explorations in Feminist Perspectives*. New York, NY. National League for Nursing. 43-56.
- MCDERMOTT, K., H. SPENCE LASCHINGER et J. SHAMIAN (1996). «Work empowerment and organizational commitment». *Nursing Management*, vol. 27, no 5, 44-47.
- MESSING, K. (1990). «Est-ce que les chercheuses peuvent améliorer l'état de santé des travailleuses?» dans Brabant, C. et K. Messing (éd.). «*Sexe faible*» ou travail ardu? *Recherches sur la santé et la sécurité des travailleuses*. Association Canadienne pour l'avancement des sciences. 7-15.
- MESSING, K. (1995). «Chicken or egg. Biological Differences and the Sexual Division of Labour» dans Messing, K. (éd.). *Invisible: la santé des travailleuses*. Île du Prince Édouard. Gynergy Books.

- 177-201.
- MESSING, K. (2000). *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle?* Montréal, Québec. Les Éditions remue-ménage.
- MILLER, K.L. (1991). «A study of Nursing's feminist ideology» dans R. Neil et R. Watts éd. *Caring and Nursing: Explorations in Feminist Perspectives*. New York, NY. National League for Nursing. 43-56.
- MUFF, J. (1982). *Socialization, sexism, and stereotyping*, St. Louis, Missouri. The C.V. Mosby Company.
- NEVA, V.F., et B.A. GUTEK (1981). *Women and work: A psychological perspective*. New York. Praeger.
- NORRISH, B. et T.G. RUNDALL (2001). «Hospital restructuring and the work of registered nurses». *The Millbank Quarterly*, vol. 79, no 2, 55-79.
- ÖRESLAND, S., A. JAKOBSSON et K. SEGESTEN (1999). «To see or not to see: perceptions of equality in a Swedish university hospital». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 13, no 2, 227-233.
- PETITAT, A. (1989). *Les infirmières. De la vocation à la profession*. Montréal Québec. Les éditions du Boréal.
- ROBINSON, S.E., ROTH, S.L., KEIM, J., LEVENSON, M., FLENTHE, J.R. et BASHOR, K. (1991). «Nurse burnout: Workload related and demographic factors as culprits». *Research in Nursing and Health*, vol. 14, 223-228.
- SAILLANT, F. (1984). «Être infirmière face au pouvoir. Des solidarités à construire». *Nursing Québec*, vol. 4, no 2, 37-43.
- SAILLANT, F. (1991). « Les soins en péril: entre la nécessité et l'exclusion ». *Recherches féministes*, vol. 4, no 1, 11-30.
- SAILLANT, F. (1992). «La part des femmes dans les soins de la santé». *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 28, no 66, 95-106.
- SAILLANT, F. (2000). « Identité, invisibilité sociale, altérité: expérience et théorie anthropologique au coeur des pratiques soignantes ». *Anthropologie et sociétés*, vol. 24, no 1, 155-171.
- SEBRANT U. (1999). «Being female in a health care hierarchy: on the social construction of gender and leader identity in a work organization having a predominance of women». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 13, no 2, 9.
- SINCLAIR, D.G. (1995). *Hospital restructuring: the changing face of the hospital sector*. Address to Ontario Hospital Association Forum for Chief Executive Officers.
- SKILLEN, D.L. (1995). « Nurses' Work Hazards in Public Health Units » dans Messing, K. (éd.). *Invisible: la santé des travailleuses*. Île du Prince Édouard. Gynergy Books. 150-174.
- SPROUT, J., et A. YASSI (1995). «Occupational Health Concerns of Women who Work with the Public» dans Messing, K. éd. *Invisible: la santé des travailleuses*. Île du Prince Édouard. Gynergy Books. 104-124.
- VÉZINA, Nicole, Julie COURVILLE et Lucie GEOFFRION (1995). « Problèmes musculo-squelettiques, caractéristiques des postes des travailleurs et des postes des travailleuses sur une même chaîne de découpe de dinde » dans Messing, K. (éd.). *Invisible: la santé des travailleuses*, Île du Prince Édouard. Gynergy Books. 29-61.
- VILLENEUVE, M. et al. (1995). *The worklife concerns of Ontario nurses. Final report*. Quality of Worklife Research Unit. University of Toronto & McMaster University.
- WALBY, S. (1986). *Patriarchy at work: Patriarchal and capitalist relations in employment*. Minneapolis. University of Minnesota Press.

- WALTERS, V., B. BEARDWOOD, J. EYLES et S. FRENCH (1995). «Paid and Unpaid Work Roles of Male and Female Nurses» dans Messing, K. (éd.). *Invisible: la santé des travailleuses*. Île du Prince Édouard. Gynergy Books. 150-174.
- WEITZ, S. (1976). « Sex differences in nonverbal communication». *Sex Roles*, vol. 2, 175-184.

Notes

1. Un groupe de chercheuses de l'École des sciences infirmières de l'Université Laurentienne a établi un partenariat avec le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord, l'Hôpital Régional de Sudbury Regional Hospital (HRSRH) et le Centre de santé St-Joseph de Sudbury afin d'amorcer ce projet. Ce projet a été réalisé suite à une subvention de la Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé et du Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée de l'Ontario.
2. Il est important ici de faire la distinction entre les infirmières qui dispensent les soins de première ligne et les infirmières cadres; les propos présentés font état des perceptions des infirmières de chevet. Les infirmières cadres font partie de la catégorie des décideurs.
3. L'HRSRH a une désignation bilingue partielle. Il est important de noter que la grande majorité des activités cliniques, interdisciplinaires et autres se déroulent majoritairement en anglais.
4. Puisque le projet de recherche est réalisé en anglais, toutes les entrevues ont été menées uniquement dans cette langue.
5. Des entrevues ont aussi été effectuées auprès de dix-neuf décideurs (administrateurs et administratrices, gestionnaires), huit dispensateurs et dispensatrices de soins (autres qu'infirmières) et onze bénéficiaires de soins à l'hôpital (patients et familles). Leurs propos seront utilisés pour établir un parallèle avec la perception des infirmières.
6. Un pseudonyme a été assigné à chaque infirmière.
7. Toutes les entrevues ayant eu lieu en anglais, les extraits présentés ici en français sont tous une traduction libre de l'auteure de l'article.