Document généré le 12/10/2026 23:08

Science of Nursing and Health Practices
Science infirmière et pratiques en santé

Les relations de régulation du champ d'exercice infirmier à l'hôpital : une ethnographie institutionnelle du travail infirmier

Ruling Relations of Nurses' Scope of Practice in Hospitals: An Institutional Ethnography

Natalie Stake-Doucet

Volume 7, numéro 2, 2024

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1115703ar
DOI : https://doi.org/10.62212/snahp-sips.146

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)

ISSN

2561-7516 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

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

Résumé de l'article

Introduction : Peu d'études en sciences infirmières s'intéressent à l'hôpital comme contexte sociopolitique de régulation.

Objectif : Cet article présente les résultats d'une ethnographie institutionnelle du travail infirmier en milieu hospitalier.

Méthode : Les données d'observation, d'entrevues et documentaires recueillies ont été analysées selon le standpoint féministe propre à l'ethnographie institutionnelle (Smith, 1987, 2018).

Résultats : Les résultats, présentés sous forme de vignettes, suggèrent trois manières dont l'hôpital régule le champ d'exercice des infirmier·ères soignant·es au quotidien; à travers l'autorégulation, le travail invisible et, finalement, à travers la régulation institutionnelle.

Discussion et conclusion : Les vignettes présentées permettent d'identifier des points de tensions dans le champ d'exercice infirmier à l'hôpital qui suggèrent que les infirmier·ères perpétuent directement les relations de leur propre subordination, à travers leur socialisation dans la structure hospitalière. Des pistes de recherches historiques et féministes sont suggérées pour étudier davantage le travail infirmier dans son contexte sociopolitique.

© Natalie Stake-Doucet, 2024

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 en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

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.

https://www.erudit.org/fr/

Science of Nursing and Health Practices

Science infirmière et pratiques en santé

Article de recherche empirique | Empirical research article

Les relations de régulation du champ d'exercice infirmier à l'hôpital : une ethnographie institutionnelle du travail infirmier

Ruling Relations of Nurses' Scope of Practice in Hospitals: An Institutional Ethnography

Natalie Stake-Doucet https://orcid.org/0000-0002-3001-584X Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada

Correspondance | Correspondence:
Natalie Stake-Doucet
natalie.stake-doucet@umontreal.ca

2024 N Stake-Doucet.
Creative Commons Attribution 4.0 International License

ISSN 2561-7516

Mots-clés

ethnographie institutionnelle; féminisme; *standpoint*; histoire; champ d'exercice infirmier

Résumé

Introduction : Peu d'études en sciences infirmières s'intéressent à l'hôpital comme contexte sociopolitique de régulation. **Objectif** : Cet article présente les résultats d'une ethnographie institutionnelle du travail infirmier en milieu hospitalier. **Méthode** : Les données d'observation, d'entrevues et documentaires recueillies ont été analysées selon le *standpoint* féministe propre à l'ethnographie institutionnelle (Smith, 1987, 2018). **Résultats** : Les résultats, présentés sous forme de vignettes, suggèrent trois manières dont l'hôpital régule le champ d'exercice des infirmier·ères soignant·es au quotidien; à travers l'autorégulation, le travail invisible et, finalement, à travers la régulation institutionnelle. **Discussion et conclusion** : Les vignettes présentées permettent d'identifier des points de tensions dans le champ d'exercice infirmier à l'hôpital qui suggèrent que les infirmier·ères perpétuent directement les relations de leur propre subordination, à travers leur socialisation dans la structure hospitalière. Des pistes de recherches historiques et féministes sont suggérées pour étudier davantage le travail infirmier dans son contexte sociopolitique.

Keywords

institutional ethnography; feminism; standpoint; history; nurses' scope of practice

Abstract

Introduction: Few studies in nursing sciences focus on the hospital as a sociopolitical context of regulation. **Objective**: This article presents the results of an institutional ethnography of nursing work in a hospital environment. **Method**: The observational data, interviews and institutional documents collected were analyzed through the feminist lens of institutional ethnography (Smith, 1987, 2018). **Results**: The results, presented in the form of vignettes, provide three ways in which the hospital regulates the scope of practice of bedside nurses daily; self-regulation, invisible work and the institutional regulation. **Discussion and Conclusion**: The vignettes presented make it possible to identify points of tensions in bedside nurses' scope of practice, which suggest that nurses directly perpetuate the relations of their own subordination, through their socialization in the hospital structure. Avenues for historical and feminist research are suggested to further study nursing in its socio-political context.

INTRODUCTION

Le travail quotidien de l'infirmier·ère soignant·e à l'hôpital se trouve à l'intersection de normes sociales, de régulations professionnelles, de besoins institutionnels (p. ex. : disponibilité de la main-d'œuvre et budgets limités) et de la hiérarchie hospitalière et interprofessionnelle. Au Québec, comme un peu partout en Amérique du Nord, la majorité des infirmier·ères travaillent en milieu hospitalier (n.d., 2022). De plus, bien que l'époque des écoles hospitalières soit révolue, les stages lors de la formation initiale des infirmier·ères se déroulent principalement en milieu hospitalier. Tous·tes les infirmier·ères en formation doivent, à un moment ou un autre, passer par l'hôpital. En cela, l'hôpital, comme institution, les infirmier·ères, comme corps professionnel et la formation infirmière elle-même, entretiennent une relation intime. Toutefois, l'hôpital lui-même est rarement étudié en sciences infirmières. Or, les circuits décisionnels qui régulent le travail infirmier dans un hôpital sont nombreux et complexes (Nugus, 2019).

Depuis plus d'un siècle maintenant, les écrits scientifiques et professionnels sur la pratique infirmière en milieu hospitalier soulignent de nombreux points de tensions, notamment à propos des contraintes sur le champ d'exercice et l'autonomie professionnelle (Bernays, 1945; Déry et al., 2022; Dock, 1903; Mussallem, 1969). Par exemple, Mussallem critiquait le conflit d'intérêts des écoles infirmières en milieu hospitalier dans lequel le besoin de main-d'œuvre avait préséance sur les besoins en formation des étudiant·es. Plus récemment, Déry et al. ont trouvé que les infirmier·ères des unités mères-enfants de cinq hôpitaux québécois avaient une utilisation suboptimale de leur champ d'exercice au travail. Le champ d'exercice est délimité par des lois et règlements professionnels, mais ne semble pas être pleinement occupé dans le travail infirmier au quotidien. L'hôpital lui-même semble un angle mort de ces discussions. Les analyses du travail infirmier portent sur les caractéristiques individuelles de l'infirmier·ère, comme son niveau d'éducation, la clarté du rôle infirmier dans une unité donnée, ou encore examinent des politiques gouvernementales (D'Amour et al., 2012; Déry, 2013; Fealy et al., 2018; Jeffery et al., 2020).

L'hôpital est une institution complexe et riche en histoire pour la profession infirmière. On peut, par exemple, faire un lien entre les écoles infirmières d'antan et les stages en milieu hospitalier qui constituent encore aujourd'hui la base de la formation pratique pour tous·tes les étudiant·es en soins infirmiers (Coburn, 1988; Wytenbroek et Vandenberg, 2017). En plus d'être le lieu de travail et de stage principal pour les infirmier·ères, l'hôpital rassemble également une grande variété de professions de la santé, chaque groupe ayant son propre bagage historique et social et opérant selon un champ d'exercice qui lui est propre. Dans ce panorama, les infirmier·ères répondent, comme les autres groupes, de plusieurs autorités : leur ordre professionnel, leur employeur et, d'un point de vue pratique, de leurs collègues médecins (Reeves et al., 2008; Rosenberg, 1987). Leur pratique les engage dans un système pluriel et feuilleté de « loyautés professionnelles » que formalisent de nombreuses lois (Loi sur les infirmières et infirmiers, RLRQ, c. I-8), qu'elles visent spécifiquement ou non leur profession.

OBJECTIF

Cet article porte sur l'analyse des relations de régulation qui interviennent au quotidien dans le travail des infirmier·ères soignant·es en milieu hospitalier, et les tensions relatives au champ d'exercice qui peuvent en découler.

CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence adopté est fermement ancré dans une perspective féministe critique. Cette lentille semblait nécessaire à la chercheure; la profession infirmière est composée à 90% de femmes au Québec et dans le monde, et le sexisme dans le réseau de la santé est documenté à travers des constats de recherche dans de nombreux pays, incluant le Canada. Un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapportait en 2019 que, mondialement, 70% des soins de santé sont prodigués par des femmes, mais elles n'occupent que 25% des postes de leadership dans les réseaux de santé. Une attention particulière à la

dévalorisation du travail infirmier était explicitée dans ce rapport, qui incluait des données canadiennes. Dans tous les pays qui avaient fourni des données, le travail infirmier était dévalorisé par rapport au travail médical, notamment parce qu'il était identifié comme un travail féminin (OMS). Considérant ces données sur la dévalorisation systémique du travail infirmier, l'approche féministe offre une perspective permettant une analyse qui considère le genre dans l'organisation et la régulation du travail. Les perspectives féministes en sciences humaines sont nombreuses et variées et représentent un domaine d'étude en soi. Celle qui a guidé la recherche présentée dans cet article se situe dans la tradition féministe marxiste et critique. Le cadre se décline en trois dimensions; (1) l'ethnographie institutionnelle, une méthodologie de recherche sociologique issue de réflexions féministes (Smith, 2018); (2) la perspective féministe marxiste de la philosophe Silvia Federici (2004); et 3) le système des professions développé par le sociologue Abbott (1988).

L'approche de Smith (1987, 2018) pour l'ethnographie institutionnelle (EI) s'appuie sur une lecture historiographique féministe. L'EI a été développée par Dorothy Smith, une sociologue féministe. Elle considère que la sociologie subordonne les individus à des catégories discursives élaborées d'un point de vue en surplomb ou dominant, alors elle a élaboré cette méthode d'ethnographie centrée sur le *standpoint* (Smith, 1987, 2018). Le *standpoint* de Smith diffère de l'application traditionnelle de cette posture dans les approches féministes et sociologiques. Plutôt que théoriser les données, le *standpoint* en EI, selon la perspective de Smith, cherche à révéler. C'est une méthodologie d'enquête, et non de théorisation. Un *a priori* fondamental de l'EI est que les travailleur·ses n'ont pas généralement conscience de toutes les forces sociales qui organisent leur travail (Melon et al., 2013; Rankin, 2015). L'approche sociologique qu'adopte Smith est centrée sur des acteur·trices qui sont des agent·es sociopolitiques influencé·es et naviguant au sein d'un réseau de relations sociales (Smith, 2018). Ce cadre de référence se situe dans le paradigme constructiviste, tout en reconnaissant l'existence d'un savoir empirique, bien que ce savoir demeure historiquement et socialement situé (Smith, 2018).

Cette recherche s'inspire aussi des travaux de la philosophe Silvia Federici (2004) sur les processus d'invisibilisation du travail genré de reproduction (conceptualisé comme travail qui permet que la vie soit « reproduite »). Les recherches de Federici se déploient dans une perspective féministe de la tradition marxiste, mais en assumant une posture critique pour en reprendre certains des éléments fondamentaux. Pour cette recherche, il s'agit ainsi de resituer le travail infirmier dans une histoire plus large du travail des femmes et plus spécifiquement de l'histoire de la profession infirmière en milieu hospitalier (Stake-Doucet, 2023).

Finalement, cet article s'appuie sur les travaux en sociologie des professions conduits par Abbott (1988) sur le système des professions. Le travail infirmier est un travail professionnel, régulé par des normes législatives en évolution constante dans un contexte politique. Les travaux d'Abbott permettent d'examiner les relations professionnelles dans le contexte de l'hôpital. L'hôpital est le site où toutes les professions en santé se retrouvent à travailler. Cette rencontre permet d'observer l'application des différentes pratiques professionnelles et des relations qu'elles entretiennent. Abbott distingue le champ d'exercice de la pratique réelle des professionnel·les. La compétition constante aux frontières professionnelles crée des tensions autant dans l'arène politique que dans la vie quotidienne au travail, cependant, ces dernières sont moins visibles (p. ex : le droit de diagnostiquer pour les infirmier·ères praticien·nes spécialisé·es; qui sont formé·es pour diagnostiquer, mais n'ont obtenu le droit de le faire qu'en 2019). Par ailleurs, depuis plus d'un siècle maintenant, les écrits scientifiques et professionnels sur la pratique infirmière en milieu hospitalier relèvent de nombreux points de tensions notamment à propos des contraintes sur le champ d'exercice et l'autonomie professionnelle vis-à-vis les médecins (Bernays, 1945; Déry et al., 2015; Dock, 1903; Hershey, 1980; Mussallem, 1969; n.d. 1911; Rickards et Hamilton, 2020).

Au niveau du macro-système, la compétition entre profession médicale et profession infirmière

se reflète dans l'intégration formelle des champs d'exercice dans des textes législatifs. Bien que les règles formelles des professions en santé ne représentent pas ce qui se produit au jour le jour dans les hôpitaux, elles jouent un rôle social important. La médecine étant la profession dominante en santé, son champ d'exercice inclut presque la totalité de celui de toutes les autres professions de la santé (Abbott, 1988; Purvis, 2023). Dans la pratique quotidienne, ou microsystème, la réalité ne correspond pas aux divisions professionnelles visibles dans les textes juridiques professionnels. En fait, selon Abbott, beaucoup d'actes médicaux sont effectués par des professionnel·les autres que des médecins, comme des infirmier·ères : « La fiction qui dit que seuls les médecins peuvent faire certaines choses survit dans l'opinion publique, alors que des infirmières et d'autres sont en fait en train d'accomplir ces choses à travers le monde professionnel » (traduction libre) (Abbott, p. 98).

Cette légitimation publique de l'encadrement législatif professionnel est importante, car peu importe la relation que la législation entretient avec la réalité du travail quotidien, elle justifie la domination des structures sociales vouées aux problèmes définis par la profession dominante; par exemple, la domination médicale des hôpitaux (Abbott, 1988; Nugus, 2019). Cette domination n'est pas uniquement le fruit de la compétition du système des professions, mais s'appuie aussi sur la reproduction historique de normes genrées et sexistes entre la profession infirmière et la profession médicale (Biurrun-Garrido et al., 2024; Chapman et Mellow, 2019; Daigle, 2021; Porter, 1992; Teresa-Morales et al., 2022). Bien que le nombre de femmes augmente en médecine, en milieu hospitalier, elles sont moins visibles. En médecine d'urgence, par exemple, il y a presque deux fois plus d'hommes que de femmes, et dans toutes les spécialités chirurgicales, les hommes demeurent plus nombreux (Fédération des médecins spécialistes du Québec, 2024). De plus, de nombreuses études démontrent l'emprise persistante du sexisme au sein même de la profession médicale, suggérant que le sexisme systémique ne relève pas seulement du nombre de femmes pratiquant une profession, mais plutôt des relations sociopolitiques qui la sous-tendent (Sharma et Rawal, 2022).

Ensemble, ces ancrages théoriques ont permis une orientation dynamique de la recherche (par opposition à « statique » ou prédéterminée), tout en protégeant contre la « capture » de la chercheure par le langage institutionnel (Rankin, 2017). Par « capture », on entend l'influence du langage institutionnel qui peut sembler rationnel, mais qui masque des relations de pouvoir. Ainsi, le *standpoint* choisi des infirmier·ères soignant·es reconnaît leur savoir unique à découvrir, mais en se donnant les outils théoriques pour identifier des circuits de pouvoir et de régulation qui peuvent s'y révéler.

MÉTHODE

Cette EI, effectuée dans le cadre d'un projet de recherche doctorale, cherchait à identifier et explorer le travail infirmier en milieu hospitalier et les relations de régulation qui le coordonnent et l'organisent (voir : Stake-Doucet, 2021). Les informations méthodologiques présentées ici sont celles qui concernent les points de tensions du champ d'exercice infirmier, présentés sous forme de vignettes dans la section « Résultats ».

1. OBSERVATIONS

Des observations ont été effectuées sur une période de 5 mois, dans deux unités hospitalières (urgence et chirurgie), d'un hôpital universitaire au Québec, Canada. La chercheure ne connaissait aucun·e des participant·es dans le milieu observé. L'observation a été de prime abord non-participante. Ce genre d'observation est moins intrusif; le chercheur cherche à s'effacer pour avoir le moins d'impact possible sur le quotidien des participants (Spradley, 1980). Ce type d'observation sied à l'étude réalisée ici; la chercheure, ayant travaillé plusieurs années comme infirmière, a su minimiser les perturbations par sa familiarité avec le rythme du travail infirmier. Elle est entrée dans le milieu de façon graduelle, en allant à la rencontre des personnes jusqu'à ce que sa présence devienne anodine.

Tableau 1

Heures d'observation terrain

Lieu d'observation	Nombre d'heures	Nombre de périodes d'observation
Chirurgie	35,25	15
Urgence	61,50	23
Autres[1]	14,50	5
Totaux	111,25	43

Note. [1] Des observations se sont avérées utiles au-delà des deux unités observées; la recherche s'est déroulée jusqu'au département de pharmacie, de buanderie, au local du syndicat infirmier, dans les cuisines et dans les nombreux corridors de service.

De plus, l'ethnographe doit avoir un bagage théorique de connaissances pertinentes à son sujet d'étude qui le rend sensible et ouvert aux observations qui l'aideront à déterminer ce qui se passe dans le milieu (Tsoukas, 2009).

La première étape pour les observations de terrain a été d'initier un contact dans une unité de l'hôpital. Plusieurs échanges de courriels ont eu lieu avec une adjointe à la recherche de la direction des soins infirmiers, qui a été la première informatrice clé de cette EI. La première session d'observation s'est déroulée dans l'unité de chirurgie, après une rencontre avec l'infirmière-chef, qui a présenté la chercheure aux équipes de nuit et de jour, et l'a invitée à présenter son projet de recherche à la réunion hebdomadaire de l'équipe. À l'urgence, le processus a pris près de trois semaines de plus. Le premier contact s'est fait avec la cogestionnaire infirmière de l'urgence qui a ensuite présenté la chercheure à l'infirmière-chef. À la suite de ces rencontres, la chercheure a pu se positionner dans les deux unités à différents moments pour observer le travail quotidien des infirmier·ères soignant·es.

Finalement, outre les observations dans les unités désignées, la chercheure a pu observer des réunions de gestion, une réunion multidisciplinaire, une réunion du conseil des infirmiers et infirmières, le département de pharmacie, et se promener un peu partout dans l'hôpital.

2. ENTREVUES

Seize entrevues semi-structurées ont été menées avec différent·es acteur·trices du milieu hospitalier (voir le tableau 2 qui suivra à la page suivante).

La sélection des personnes interviewées s'est faite de deux façons. D'abord par le travail de recherche préterrain pour connaître la typologie hiérarchique formelle et informelle des unités de soins où les observations se sont déroulées, et tout au long du processus d'observation lui-même. L'objectif de l'entrevue en EI est de clarifier et mettre en relief les liens et les points de tensions et de cohésion entre la vie au travail de l'individu et les relations de régulation institutionnelle, et non d'avoir un échantillon représentatif (Smith, 2018). Les guides d'entrevues se retrouvent en annexe 1.

Chaque entrevue a été enregistrée et transcrite. Tous·tes les participant·es ont été sollicité·es en entrevue après avoir été rencontré·es de façon informelle sur le terrain, sauf pour un gestionnaire qui a été contacté par courriel, après qu'une informatrice clé l'ait suggéré.

Tableau 2

Tableau des participant·es

Participant·e	Chirurgie	Urgence	Autre	Totaux
Infirmier·ères	3	4	0	7
Médecins	0	2	0	2
Gestionnaires infirmier·ères	1	2	1	4
Gestionnaires autres[1]	0	1	1	2
Autres	1	1	0	2

Note. [1] Les « gestionnaires autres » peuvent se retrouver dans plus d'une catégorie. Par exemple, un médecin qui est gestionnaire, mais qui fait également du travail clinique se retrouvera dans deux catégories; médecins et gestionnaires autres.

3. TEXTES INSTITUTIONNELS

Ce projet a analysé des textes institutionnels pertinents, selon leur utilisation dans le travail quotidien des infirmier·ères soignant·es. Une particularité de l'EI est son intérêt pour des textes institutionnels. Ces textes sont considérés comme l'expression des relations de régulation d'une institution. Les vignettes incluent plusieurs textes institutionnels; les notes infirmières, les notes et prescriptions médicales et le discours institutionnel, porté par des gestionnaires infirmier·ères.

ANALYSE

Les résultats sont présentés sous forme de vignettes, une pratique courante en ethnographie et en anthropologie pour illustrer des enjeux complexes à travers une situation particulière (Bloom-Christen et Grunow, 2024; Langer, 2016). Le projet de recherche visait à cartographier plus largement le travail des infirmier·ères soignant·es, et l'analyse visait à rendre visibles des relations de régulation. Les « tensions » identifiées sont celles vécues par les participant·es, rendues visibles par l'observation. Elles correspondent à ce que Rankin (2018) appelle une « disjonction » du savoir; par exemple, elle décrit comment les mesures pour réduire le temps d'attente à l'urgence sont définies comme des « améliorations » dans le langage des gestionnaires infirmier·ères, mais sont source de détresse dans le vécu des infirmier·ères soignant·es. L'EI vise à investiguer et expliquer ces points de tensions.

L'analyse des données visait d'abord à éclairer le fonctionnement de l'hôpital. Ensuite, une narration (*storytelling*) a permis de découvrir une cohérence dans les différentes expériences décrites (Campbell et Gregor, 2008). Les résultats présentés ici sous forme de vignettes empruntent à la tradition ethnographique de *thick description* de Geertz (2008). Ce type de description opère un élargissement du discours en ce sens qu'il permet aux participant·es et aux lecteur·trices de se reconnaître dans des concepts plus larges, sans pour autant effacer leur expérience (Rankin, 2017; Smith, 1987).

Tout au long de la collecte et de l'analyse de données, le champ d'exercice infirmier s'est présenté comme un enjeu central dans l'organisation et la régulation du travail des infirmier·ères soignant·es à l'hôpital. Les vignettes ont été sélectionnées du fait de leur représentativité des intersections des points de tensions cartographiés à travers les observations de la régulation du travail infirmier à l'hôpital. En premier lieu, l'autorégulation par les infirmier·ères elleux-mêmes de leur champ d'exercice est présentée. Ensuite, la façon dont les structures de régulation et les textes institutionnels hospitaliers imposent une charge de travail administrative invisible qui subordonne le travail infirmier au

travail médical est étayée. Cela prend place sous le couvert d'un langage de compétences infirmières et à travers le rôle des gestionnaires infirmier·ères dans l'application et la reproduction des contraintes sur le champ d'exercice dans le travail infirmier hospitalier. Ensemble, ces résultats élaborent une cartographie des relations de la régulation du champ d'exercice infirmier. Ils reflètent des dynamiques sociopolitiques genrées du milieu hospitalier et, ainsi, un aspect sociopolitique du fonctionnement de l'hôpital est-il révélé.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Ce projet de recherche a obtenu un certificat d'approbation du comité d'éthique en recherche de l'hôpital où s'est déroulée l'étude, ainsi que du comité d'éthique du milieu universitaire dont elle est issue (certificat # 19.199 du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé).

RÉSULTATS

VIGNETTE 1 : L'AUTORÉGULATION DE LA SUBORDINATION

Cette vignette décrit un échange observé entre infirmier·ères sur ce qu'il et elles pensent avoir le droit d'écrire dans leurs notes, basé sur leur compréhension du champ d'exercice médical et du leur.

Deux infirmières et un infirmier rédigent leurs notes d'observation au poste infirmier, chacun·e devant son ordinateur attitré. L'infirmier demande conseil à ses collègues. Il vient d'effectuer un examen physique auprès d'un patient et a identifié une douleur d'origine sciatique. Il leur demande si écrire « douleur sciatique » au dossier est acceptable, et il exprime son inquiétude de ne pas vouloir exprimer un diagnostic et ainsi empiéter sur le champ d'exercice médical. Une des deux infirmières lui répond : « C'est vrai que ça sonne comme un diagnostic » pendant que la troisième hoche la tête. L'infirmier, toujours en regardant ses collègues, répond alors : « Je serais peut-être mieux d'écrire douleur à la fesse alors ».

Dans cet exemple, l'infirmier choisit de ne pas inclure son interprétation de la condition du patient de crainte d'outrepasser son champ d'exercice et d'entrer dans celui des médecins. Il est aussi notable que ses collègues au poste approuvent son choix, suggérant qu'il s'agit d'une procédure habituelle. Il est important de mentionner ici qu'il n'y a aucun problème légal à ce qu'un·e infirmier·ère inscrive « douleur sciatique » à ses notes. L'évaluation de la douleur, incluant des examens d'évaluation physique et mentale, fait partie des compétences et du champ d'exercice infirmier (Durand et al., 2016). Le terme « douleur sciatique » n'est pas un diagnostic, mais la description d'une forme de douleur qui précise la région et suggère une origine neurologique. L'infirmier n'aurait pas outrepassé son champ d'exercice en inscrivant dans ses notes la réelle évaluation de la douleur qu'il avait faite.

VIGNETTE 2 : CHAMP D'EXERCICE ET CHARGE DE TRAVAIL ADMINISTRATIVE INVISIBLE

La charge de travail administrative observée des infirmier·ères est importante, mais invisible; c'est-à-dire qu'elle ne laisse peu ou pas de trace qui permettrait de la quantifier. Par exemple, à plusieurs reprises lors de ce projet de recherche, des infirmier·ères ont été observé·es à travailler à déchiffrer l'écriture des médecins. Parfois jusqu'à trois infirmier·ères se penchaient sur un dossier pendant plusieurs minutes pour s'assurer de bien lire une prescription de médicament, un diagnostic, ou identifier la signature du médecin pour savoir à qui s'adresser en cas de doute ou question.

En entrevue, une infirmière a mentionné qu'elle inscrivait certaines informations à trois endroits différents pour s'assurer qu'elles soient vues par le médecin demandeur :

> […] je commence à faire la même chose parce que les spécialistes, je ne pense pas qu'ils vont voir nos notes. Donc s'ils me demandent un *bladder-scan*, bien, je vais leur mettre une petite note dans le dossier [à côté de l'ordonnance écrite par le médecin] comme quoi « fait ». Et je ne pense pas que c'est censé être ça, mais je ne sais pas comment communiquer cette information autrement.

Les médecins eux-mêmes semblent en partie conscients de ce problème. En entrevue, un médecin a expliqué le processus que suivait son ordonnance manuscrite au dossier pour un examen. Cela impliquait l'infirmier·ère qui la recopie pour l'envoyer au commis de son poste, qui relaie par la suite l'ordonnance avec un appel à l'interphone ou un appel à un autre département. Selon lui : « On sait que ça prend du temps, qu'il y a un risque d'erreur… il y a minimalement de la double saisie, est-ce qu'il y a même des fois de la triple saisie ? Je ne sais pas ».

Déchiffrer l'écriture des médecins et recopier toutes les ordonnances semblent des tâches infirmières issues d'une autre époque, mais qui demeurent une réalité quotidienne du travail infirmier.

VIGNETTE 3 : LES GESTIONNAIRES INFIRMIER·ÈRES ET LA RÉGULATION DU CHAMP D'EXERCICE

Cette vignette décrit une interaction entre plusieurs infirmier·ères soignant·es et deux gestionnaires infirmières sur le champ d'exercice des infirmier·ères soignant·es.

Lors d'une rencontre d'un comité infirmier hospitalier réunissant infirmier·ères soignant·es et gestionnaires infirmières, un groupe d'infirmier·ères soignant·es se questionnent sur les restrictions sur leur champ d'exercice dans les unités au sein desquelles ils et elles travaillent. Des infirmier·ères qui ont travaillé au sein de plusieurs unités se demandent pourquoi ils et elles ont le droit de faire certains gestes de soins dans une unité, mais pas dans une autre. Par exemple, une infirmière mentionne qu'elle vient d'accepter un poste dans une nouvelle unité pour laquelle elle n'a pas le droit d'effectuer une instillation nasale, technique qu'elle a pourtant pratiquée presque quotidiennement pendant plus de 10 ans dans une autre unité. Les infirmier·ères soignant·es décrivent comment cette situation crée de la frustration. D'une part, ils et elles sentent que leurs compétences ne sont pas reconnues – « mais je suis capable de le faire! » s'exclame l'une d'elle – et, d'autre part, ils et elles déplorent le peu d'information reçue sur les restrictions : il ne semble y avoir aucune documentation écrite qui explique ces restrictions d'activités d'une unité à une autre. Ils et elles se demandent s'il y a des risques de sanctions s'ils et elles posent un acte qu'ils et elles ignorent être interdit dans une unité. Ils et elles demandent également d'avoir un document dans les unités qui puisse préciser les actes qui relèvent de leur champ d'exercice, mais qu'ils et elles n'ont pas le droit de faire : « ça nous simplifierait la vie », dit l'une d'elle. Une représentante de l'ordre professionnel infirmier, aussi présente à cette rencontre, leur explique que l'hôpital peut limiter le champ d'exercice des infirmier·ères et cela, malgré qu'un acte soit « légal », au sens du champ d'exercice défini par l'ordre.

Les gestionnaires infirmières commentent le langage des infirmier·ères soignant·es. « Je n'aime pas le mot restrictions, c'est trop négatif », dit une gestionnaire infirmière. Elle leur demande plutôt d'utiliser le terme « filtre » : l'hôpital met un « filtre », et non des restrictions, sur le champ d'exercice infirmier. On poursuit en mettant l'accent sur la responsabilité médicale quant à la pratique infirmière : « Ce n'est pas nous qui décidons des gestes que les infirmières peuvent poser, ce sont les médecins spécialistes chefs des départements », dit une gestionnaire infirmière. S'ensuit un échange dans lequel des infirmier·ères soignant·es indiquent qu'ils et elles ont parfois plus de latitude dans certaines unités spécialisées. C'est d'aller d'une unité surspécialisée vers une unité moins spécialisée qui semble particulièrement problématique. Le discours des gestionnaires adopte alors un autre argumentaire : on « rappelle » aux infirmier·ères que l'hôpital est un haut lieu de formation médicale. « Des fois, il faut se restreindre pour permettre aux médecins d'apprendre », dit-on. La discussion sur les contraintes du champ d'exercice se termine sur cette note.

DISCUSSION

Les structures de régulation dévoilées dans ces vignettes soulignent un enjeu féministe. L'hôpital demeure ancré dans une tradition de rôles genrés issus d'un autre siècle qui n'évoluent pas malgré l'entrée massive de femmes dans la profession médicale au cours des dernières décennies (Ashley, 1980; Biurrun-Garrido et al.,

2024; Chapman et Mellow 2019; Grose et al., 2022). Les premières écoles infirmières laïques étaient exclusivement sous le contrôle des hôpitaux. Ces écoles visaient à former des infirmières adaptées aux besoins de l'institution, effacées et subordonnées aux médecins (Ashley; Daigle, 2021; Reverby, 1987). Depuis, la profession infirmière a donné naissance à une discipline académique et la formation n'est plus sous contrôle hospitalier. Toutefois, l'organisation du travail infirmier en relation avec celui des médecins demeure ancrée dans cette histoire (Purvis, 2023; Reverby).

Dans toutes les vignettes, la subordination du travail infirmier à la médecine s'exerce sans la présence d'un médecin ou d'un représentant médical. Ce sont les infirmier·ères qui s'autorégulent ou des gestionnaires infirmières qui véhiculent un discours de subordination. L'hôpital agit comme structure structurante et structurée, c'est-à-dire qu'une socialisation basée sur des mœurs et des valeurs issues d'une autre époque s'opère et se reproduit dans le milieu hospitalier par les participant·es elleux-mêmes (Bourdieu, 1994). Les infirmier·ères perpétuent les relations de leur propre subordination, à travers leur socialisation dans la structure hospitalière.

Les soi-disant « filtres » sur le champ d'exercice infirmier occultent la primauté de la formation médicale sur les compétences infirmières, et suggèrent également que la formation infirmière est en désavantage par rapport à celle des médecins. Un·e infirmier·ère qui n'a pas le droit d'effectuer un geste de soin ne peut pas l'enseigner. Tout à l'hôpital semble subordonné à la médecine qui s'y pratique (Abbott, 1988; Foucault, 1963).

L'hôpital, comme structure sociopolitique, joue un rôle de médiation dans la relation entre infirmier·ères et médecins, tout en occultant le déséquilibre de pouvoir qui s'y reproduit. Relativement aux contraintes sur le champ d'exercice infirmier, cette médiation par l'hôpital crée un point de tension qui se traduit en règlement informel sans justification apparente et qui, sans l'entremise de l'hôpital, serait une tension interprofessionnelle identifiable qui pourrait être discutée et négociée par les professionnel·les impliqué·es. Or, à l'hôpital, il n'y a pas de moyens directs pour les infirmier·ères de comprendre d'où viennent les contraintes sur leur champ d'exercice à moins de l'entendre, dans un contexte informel, de la bouche d'une gestionnaire comme dans la situation décrite dans la troisième vignette.

Malgré l'abondance des textes sur les relations entre infirmier·ères et médecins, les écrits tendent à traiter les deux professions comme des actrices indépendantes du contexte dans lequel elles exercent (Carter et Haji Assa, 2023; Dock, 1917; Stein, 1967). Il y a sans doute des considérations sociales plus larges dans la relation entre ces deux groupes professionnels, mais il serait utile de réfléchir à ce que plusieurs de ces enjeux sociaux ont probablement pris forme à travers la formation de l'hôpital moderne. La transition forcée des infirmier·ères vers l'hôpital sur une période de plus d'un siècle pourrait être considérée comme un changement de paradigme : d'un métier autonome et communautaire à une profession centrée sur l'hôpital et subordonnée à l'autorité médicale et hospitalière. L'hôpital a isolé et imposé un contrôle social strict sur la formation et le travail infirmier ancré dans une perspective genrée dont les fondements sont encore visibles aujourd'hui (Purvis, 2023, Reverby, 1987).

D'un point de vue historique, l'hôpital a jeté les bases politiques et administratives des relations entre infirmier·ères et médecins. Les soins sont passés d'un travail largement autonome et non régulé à un travail soumis aux conditions de l'hôpital (Reverby, 1987). Les médecins, eux, ont gagné en prestige et en pouvoir alors que, pour les infirmier·ères « le transfert des soins médicaux de la maison à l'hôpital a détruit l'indépendance antérieure de l'infirmière privée et l'a placée dans une division du travail subordonnée » (traduction libre) (Abbott, 1988, p. 169). Ceci remet en question la mythologie persistante qui veut que l'infirmière se soit graduellement émancipée de son rôle de servante du médecin à travers la professionnalisation (Hallam, 2002; Holder, 2004; Wytenbroek et Vandenberg, 2017). L'histoire semble plutôt révéler que le travail du soin n'a que récemment été subordonné à la médecine, à travers, entre autres, la professionnalisation du

travail infirmier dans la formation de l'hôpital moderne.

Les hôpitaux bénéficient d'une importance capitale dans la formation infirmière qui semble disproportionnée à leur valeur réelle. À l'époque où la première école hospitalière au Canada a vu le jour en 1874, la majorité des soins étaient donnés à la maison, non dans les hôpitaux. Les infirmières « visiteuses » du réseau de santé publique travaillaient de façon autonome et indépendante, avec succès (Daigle, 2021; Reverby, 1987; Wytenbroek et Vandenberg, 2017). Encore aujourd'hui, beaucoup des soins donnés à l'hôpital pourraient être donnés à domicile (Leff et al., 2005; McCarroll et al., 2021).

LIMITES

Deux limites importantes de ce projet de recherche doivent être soulignées : l'accent sur l'hôpital dans son ensemble comme institution plutôt que sur un seul élément de régulation du travail infirmier permet une vision globale novatrice de l'hôpital comme régulateur du travail infirmier, mais peut minimiser par moment l'agentivité des infirmier·ères dans les résultats du projet de recherche. Les raisons de la reproduction de structures sociales sont certes le résultat de la socialisation, mais à quel point des sanctions, ou la peur de sanctions formelles y contribuent-elles également? La chercheure n'a pu observer directement des situations dans lesquelles une règle formelle ou informelle aurait été enfreinte et une sanction imposée. Les infirmier·ères ne sont pas des agent·es passif·ves de la régulation hospitalière et la chercheure espère continuer à étudier l'agentivité politique des infirmier·ères à l'intérieur de l'institution hospitalière.

La deuxième limite de ce projet est l'absence des patient·es. La facette humaine et dynamique du travail infirmier est définie par sa relation aux patient·es, par les soins prodigués à des humains. Acteurs dynamiques du milieu hospitalier, les patient·es font partie de circuits de régulation du travail de soins et sont également soumis à des circuits de régulation. C'est un angle mort de cette recherche auquel la chercheure souhaite remédier par sa recherche.

CONCLUSION

L'hôpital est une institution qui agit de plusieurs façons sur l'organisation et la régulation du travail des infirmier·ères soignant·es. Cet article suggère d'examiner l'hôpital de façon critique comme une structure structurante dans l'organisation du travail infirmier, à travers trois vignettes décrivant des observations issues d'une ethnographie institutionnelle féministe critique sur le champ d'exercice infirmier en milieu hospitalier. Finalement, des suggestions de pistes de recherche féministes du travail infirmier en milieu hospitalier sont présentées.

Contribution des auteur·trices : Cet article a été rédigé à partir du travail de thèse doctorale de l'autrice. L'ensemble du travail de recherche et de rédaction a été effectué par l'autrice.

Remerciements : L'autrice voudrait remercier les professeur·es Jacinthe Pepin et Damien Contandriopoulos pour leur soutien et leur générosité dans le partage de leur savoir et leur expertise dans la direction de cette thèse.

Sources de financements : L'autrice a obtenu des bourses du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur -Universités et du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec pour ce projet de recherche doctorale.

Déclaration de conflits d'intérêts : L'autrice déclare qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Reçu/Received: 30 Mai/May 2024 **Publié/Published:** 26 Sept/Sept 2024

RÉFÉRENCES

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor.* The University of Chicago Press.

Ashley J. A. (1980). Power in structured misogyny: implications for the politics of care. *ANS. Advances in nursing science*, *2*(3), 3–22.

Aubry, M., Richer, M.-C. et Lavoie-Tremblay, M. (2014). Governance performance in complex environment: The case of a major transformation in a university hospital. *International Journal of Project Management, 32*(8), 1333–1345. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2013.07.008

Bernays, E. L. (1945). The Medical Profession and Nursing. *The American Journal of Nursing, 45*(11), 907–914. https://doi.org/10.2307/3416955

Biurrun-Garrido, A., Llena-Riu, A., Feijoo-Cid, M., Torrente-Jimenez, R. S., Cámara-Liebana, D. et Gasch-Gallén, Á. (2024). Everyday sexism in nursing degrees: A cross-sectional, multicenter study. *Nurse education today*, *132*, 106009. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106009

Bloom-Christen, A. et Grunow, H. (2022). What's (in) a Vignette? History, Functions, and Development of an Elusive Ethnographic Sub-genre. *Ethnos*, 1–19. https://doi.org/10.1080/00141844.2022.2052927

Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Éditions du Seuil.

Carter, M. A. et Haji Assa, A. S. (2023). The problem of comparing nurse practitioner practice with medical practice. *Nursing inquiry*, *30*(3), e12551. https://doi.org/10.1111/nin.12551

Campbell, M. et Gregor, F. (2004). *Mapping Social Relations: A Primer in Doing Institutional Ethnography*. University of Toronto Press.

Chapman, L. R., Mellow, S. et Coombridge, H. (2019). Symbolic sexism: superficial or serious bias? An investigation into images on patient call bells. *The Medical journal of Australia*, *211*(11), 514–517. https://doi.org/10.5694/mja2.50418

Coburn D. (1988). The development of Canadian nursing: professionalization and proletarianization. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, *18*(3), 437–456. https://doi.org/10.2190/1BDV-P7FN-9NWF-VKVR

Daigle, J. (2021). Réflexion. L'engagement social en héritage : retour sur l'univers infirmier au Québec, 1870-1970. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, *75*(1-2), 153–179. https://doi.org/10.7202/1088212ar

D'Amour, D., Dubois, C. A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, E., Blais, R. et Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *The Journal of nursing administration*, *42*(5), 248–255. https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31824337f4

Déry, J., Paquet, M., Boyer, L., Dubois, S., Lavigne, G. et Lavoie-Tremblay, M. (2022). Optimizing nurses' enacted scope of practice to its full potential as an integrated strategy for the continuous improvement of clinical performance: A multicentre descriptive analysis. *Journal of nursing management*, *30*(1), 205–213. https://doi.org/10.1111/jonm.13473

Déry, J. (2013). *L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. http://hdl.handle.net/1866/10843

Déry, J., D'Amour, D., Blais, R. et Clarke, S. P. (2015). Influences on and outcomes of enacted scope of nursing practice: a new model. *ANS. Advances in nursing science*, *38*(2), 136–143. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000071

Dock, L. L. (1903). Hospital Organization. *The American Journal of Nursing*, *3*(6), 413–421. https://doi.org/10.2307/3402285

Dock, S. E. (1917). The Relation of the Nurse to the Doctor and the Doctor to the Nurse. *The American Journal of Nursing*, *17*(5), 394–396. https://doi.org/10.2307/3405170

Durand, S. (dir.). (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3e éd.). Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf/be5377c8-a8cd-79d9-2620-d0cd12bfe471

Fealy, G. M., Casey, M., O'Leary, D. F., McNamara, M. S., O'Brien, D., O'Connor, L., Smith, R. et Stokes, D. (2018). Developing and sustaining specialist and advanced practice roles in nursing and midwifery: A discourse on enablers and barriers. *Journal of clinical nursing*, *27*(19-20), 3797–3809. https://doi.org/10.1111/jocn.14550

Fédération des Médecins spécialistes du Québec. (2024). *Les effectifs médicaux*. https://fmsq.org/fr/notre-profession/les-effectifs-medicaux

Federici, S. (2004). *Caliban and the Witch*. Autonomedia.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Presses universitaires de France.

Geertz, C. (2008). Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture. Dans T. Oakes, P. L. Price (dir.), *The cultural geography reader* (p. 41-51). Routledge.

Grose, E., Chen, T., Siu, J., Campisi, P., Witterick, I. J. et Chan, Y. (2022). National Trends in Gender Diversity Among Trainees and Practicing Physicians in Otolaryngology-Head and Neck Surgery in Canada. *JAMA otolaryngology-- head & neck surgery*, *148*(1), 13–19. https://doi.org/10.1001/jamaoto.2021.1431

Hershey N. (1980). Defining the scope of nursing practice: actors, criteria and economic implications. *Nursing law & ethics*, *1*(7), 3–12.

Jeffery, N., Donald, F., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Johansen, E. A., Egilsdottir, H. Ö., Honig, J., Strand, H., Jokiniemi, K., Carter, N., Roodbol, P. et Rietkoetter, S. (2020). A Comparative Analysis of Teaching and Evaluation Methods in Nurse Practitioner Education Programs in Australia, Canada, Finland, Norway, the Netherlands and USA. *International journal of nursing education scholarship*, *17*(1), /j/ijnes.2020.17.issue-1/ijnes-2019-0047/ijnes-2019-0047.xml. https://doi.org/10.1515/ijnes-2019-0047

Langer, P. C. (2016). The Research Vignette: Reflexive Writing as Interpretative Representation of Qualitative Inquiry—A Methodological Proposition. *Qualitative Inquiry, 22*(9), 735–744. https://doi.org/10.1177/1077800416658066

Laschinger, H. K. et Havens, D. S. (1996). Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice, Conditions for work effectiveness. *The Journal of nursing administration*, *26*(9), 27–35. https://doi.org/10.1097/00005110-199609000-00007

Leff, B., Burton, L., Mader, S. L., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S. K., Greenough, W. B., 3rd, Guido, S., Langston, C., Frick, K. D., Steinwachs, D. et Burton, J. R. (2005). Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Annals of internal medicine*, *143*(11), 798–808. https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008

Loi sur les infirmières et infirmiers, RLRQ, c. I-8. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/i-8

McCarroll, Z., Townson, J., Pickles, T., Gregory, J. W., Playle, R., Robling, M., et Hughes, D. A. (2021). Cost-effectiveness of home versus hospital management of children at onset of type 1 diabetes: the DECIDE randomised controlled trial. *BMJ open*, *11*(5), e043523. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043523

Melon, K. A., White, D. et Rankin, J. (2013). Beat the clock! Wait times and the production of 'quality' in emergency departments. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals*, *14*(3), 223–237. https://doi.org/10.1111/nup.12022

Mussallem H. K. (1969). The changing role of the nurse. *The American journal of nursing*, *69*(3), 514–517.

n.d. (2022). Le personnel infirmier réglementé, 2022 : tableaux de données sur les infirmières autorisées et les infirmières praticiennes. https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nursing-in-canada-2013-2022-data-tables-fr.xlsx

Nugus P. (2019). Re-structuring the negotiated order of the hospital. *Sociology of health & illness*, *41*(2), 378–394. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12838

Nurse Or Minor Medical Practitioner? (1911). *The British Medical Journal*, *1*(2622), 771–772. http://www.jstor.org/stable/25286021

Porter, S. (1992). Women in a women's job: the gendered experience of nurses. *Sociology of Health & Illness, 14*(4), 510–527. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10493131

Purvis J. K. (2023). Applying a Foucauldian lens to the Canadian code of ethics for registered nurses as a discursive mechanism for nurses professional identity. *Nursing inquiry*, *30*(2), e12536. https://doi.org/10.1111/nin.12536

Rankin, J. (2017). Conducting Analysis in Institutional Ethnography: Guidance and Cautions. *International Journal of Qualitative Methods, 16*(1). https://doi.org/10.1177/1609406917734472

Rankin J. M. (2015). The rhetoric of patient and family centred care: an institutional ethnography into what actually happens. *Journal of advanced nursing*, *71*(3), 526–534. https://doi.org/10.1111/jan.12575

Reeves, S., Nelson, S. et Zwarenstein, M. (2008). The doctor-nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada. *Nursing inquiry*, *15*(1), 1–2. https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2008.00396.x

Reverby, S. (1987). *Ordered to Care: The Dilemma of American Nursing, 1850–1945*. Cambridge University Press.

Rosenberg, C. E. (1987). *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*. Basic Books.

Shamian, J., Kerr, M. S., Laschinger, H. K. et Thomson, D. (2002). A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, *33*(4), 35–50.

Sharma, M. et Rawal, S. (2022). Women in Medicine: The Limits of Individualism in Academic Medicine. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, *97*(3), 346–350. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004458

Smith, D. (2018). *L'ethnographie institutionnelle. Une sociologie pour les gens*. Economica.

Smith, D. E. (1987). *The Everyday World As Problematic: A Feminist Sociology*. Northeastern University Press.

Stake-Doucet, N. (2020). The Racist Lady with the Lamp. *Nursing Clio*. https://nursingclio.org/2020/11/05/the-racist-lady-with-the-lamp/

Stake-Doucet, N. (2021). *Ethnographie institutionnelle du travail des infirmières soignantes en milieu hospitalier* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. https://hdl.handle.net/1866/26974

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

Stein L. I. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of general psychiatry*, *16*(6), 699–703. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730240055009

Teresa-Morales, C., Rodríguez-Pérez, M., Araujo-Hernández, M. et Feria-Ramírez, C. (2022). Current Stereotypes Associated with Nursing and Nursing Professionals: An Integrative Review. *International journal of environmental research and public health*, *19*(13), 7640. https://doi.org/10.3390/ijerph19137640

Tsoukas, H. (2009). Craving for Generality and Small-N Studies: A Wittgensteinian Approach towards the Epistemology of the Particular in Organization and Management Studies. Dans D. Buchannan et A. Bryman (dir.), *The SAGE Handbook of Organizational Research Methods*. (p. 384-407). SAGE Publications Ltd.

World Health Organization (2019). *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Human Resources for Health Observer Series No. 24. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/delivered-by-women-led-by-men.pdf?sfvrsn=94be9959_2

Wytenbroek, L. et Vandenberg, H. (2017, July 3). Reconsidering nursing's history during Canada 150. *Canadian Nurse*. https://community.cna-aiic.ca/blogs/cn-content/2017/07/03/reconsidering-nursings-history-during-canada-150

Annexe 1

<u>Guide d'entrevue : infirmières soignantes</u>

Expérience de travail :

Décrivez-moi votre expérience d'un quart de travail de jour/soir/nuit (on cherche ici à connaître les gestes quotidiens posés) :
Décrivez-moi votre expérience d'un quart de travail le weekend/en semaine :

Textes institutionnels :

Quels sont les textes/documents/formulaires que vous utilisez le plus dans votre travail quotidien (ceci peut inclure n'importe quel bout de papier ou document qui se trouve à l'hôpital; les notes infirmières, votre horaire de travail informatisé, des Post-its laissés sur des dossiers, les prescriptions, les protocoles médicamenteux, etc.) ?

Selon vous qu'est-ce qui rend ces documents si centraux pour votre travail ? Est-ce que les documents que vous utilisez diffèrent selon le quart de travail ?

Savez-vous qui a rédigé ces documents et quand ils ont commencé à être utilisés ?

Quelles sont leurs forces en termes d'organisation et de coordination de votre travail ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

Relations hiérarchiques et interprofessionnelles :

Avez-vous l'impression d'être en contrôle de votre travail ? Sur quels aspects de votre travail avez-vous le plus/le moins de contrôle ?

Avec quels/quelles professionnel-le-s (autre qu'infirmières) interagissez-vous le plus souvent ? À quel sujet ?

Selon votre expérience, quelles sont les personnes (gestionnaires, professionnels ou n'importe quel autre collègue) qui ont le plus d'impact sur l'organisation et la coordination de votre travail ?

Est-ce que ce sont des personnes différentes si vous êtes sur un autre quart de travail ou le weekend ?

Autres professionnels

Expérience de travail avec les infirmières soignantes :

Décrivez-moi votre expérience de travail quand vous travaillez avec une infirmière soignante (on cherche ici à connaître les gestes quotidiens posés) :

Textes institutionnels :

Quels sont les textes/documents/formulaires que vous utilisez le plus dans votre travail quotidien en lien avec les soins infirmiers (ceci peut inclure n'importe quel bout de papier ou document qui se trouve à l'hôpital ; les notes infirmières, votre horaire de travail informatisé, des Post-its laissés sur des dossiers, les prescriptions, les protocoles médicamenteux, etc.) ?

Selon vous qu'est-ce qui rend ces documents si centraux pour le travail infirmier ? Est-ce que les documents que vous utilisez diffèrent selon le quart de travail ?

Savez-vous qui a rédigé ces documents et quand ils ont commencé à être utilisés ?

Quelles sont leurs forces en termes d'organisation et de coordination du travail infirmier ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

Relations hiérarchiques et interprofessionnelles :

Comment décrivez-vous votre rôle auprès des infirmières soignantes ?

À quel sujet interagissez-vous le plus souvent avec des infirmières soignantes ?

Selon votre expérience, quelles sont les personnes (gestionnaires, professionnels ou n'importe quel autre collègue) qui ont le plus d'impact sur l'organisation et la coordination du travail des infirmières ?

Est-ce que ce sont des personnes différentes si vous êtes sur un autre quart de travail ou le weekend ?