

3

Résumé

Le recours aux infirmières praticiennes spécialisées est présenté comme une avenue prometteuse pour faire face aux défis de santé contemporains et limiter l'accroissement des dépenses. Leur arrivée dans le système québécois est récente et empreinte d'obstacles. Cet article examine les conditions éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes de première ligne dans les Groupes de médecine de famille du Québec, à partir de la lentille épistémique des écrits de Boaventura de Sousa Santos. La sociologie des absences fait ressortir les difficultés de mise en pratique de la diversité des savoirs infirmiers, en particulier les savoirs éthiques et communautaires, en raison d'une posture de sous-traitante au médecin. La sociologie des émergences permet d'imaginer des pistes émancipatrices: le développement d'actions communautaires comme gage de pratique alternative, le renforcement de la sensibilité éthique en tant que moteur de changement interne, et la possibilité de collectiviser le pouvoir à partir d'une base dialectique.

Mots-clés Boaventura de Sousa Santos, groupe de médecine de famille, infirmière praticienne, pratique infirmière avancée, Québec

Speak Medicine Inc.! : Enjeux éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec

**GENEVIÈVE MCCREADY
& LUCIE-CATHERINE OUMET**

Introduction

Le Canada figure parmi les premiers pays à avoir introduit les infirmières praticiennes (IP), au cours des années 1960.[1,2] Les raisons motivant l'implantation des IP au Canada sont multiples. Des traces remontant à la fin du 19e siècle indiquent la présence d'infirmières exerçant des actes réservés aux médecins en raison du fait qu'elles étaient le seul secours médical dans des régions éloignées.[3,4] Après la deuxième guerre mondiale, la spécialisation des soins couplée à la prise en charge par l'État de la dispensation

des soins, le vieillissement de la population, la montée des maladies chroniques et le nombre limité de médecins disponibles pour couvrir un vaste territoire géographique viennent justifier le recours à ces infirmières de pratique avancée.[2,4]

La pratique des IP dans les soins de première ligne vise la provision de soins de manière à améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins.[5,6] Leur pratique favorise un meilleur enseignement aux patients, améliore leur satisfaction et leur autonomie, réduit l'attente et la durée de séjour dans les urgences et diminue les réadmissions en centres hospitaliers.[7-10] D'une part, le travail des IP est bien adapté pour offrir des soins de qualité et accessibles dans les communautés, lesquels nécessitent beaucoup de temps et doivent être arrimés avec les conditions de vie des gens. D'autre part, les IP étant une main d'œuvre moins onéreuse que celle des médecins, elles font partie des avenues potentielles pour freiner l'accroissement des dépenses en santé.[11-13]

Au Québec, l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) est récente. L'implantation de la formation est arrivée au même moment où le code des professions a élargi le champ de pratique de divers professionnels à travers la loi 90 en 2003.[14,15] Leur intégration au système public de santé s'effectue progressivement depuis 2007. Le Québec compte aujourd'hui 410 IPS inscrites.[16] Cependant, bien que leur nombre soit croissant, le Québec accuse un retard important face à d'autres provinces quant au déploiement des IPS. Alors que toutes les provinces comptent en 2015 des ratios supérieurs à 1 IPS pour 10 000 habitants (excepté la Colombie-Britannique qui compte un ratio de 0,7), celui-ci est de 0,4 pour le Québec.[17] Parmi les IPS québécoises, les IPS de première ligne (IPSPL) sont les plus nombreuses, au nombre de 340.

L'implantation des infirmières praticiennes est conditionnée par l'influence de plusieurs acteurs et certains éléments contextuels dont les politiques provinciales.[18] La lenteur d'implantation des IPSPL au Québec peut s'expliquer notamment par la place dominante de la médecine dans la gestion des services de santé de première ligne.[19] En effet, leur intégration en contexte québécois se fait majoritairement à travers les groupes de médecine de famille (GMF).[15] Les GMF sont une structure née en réponse aux recommandations de la Commission Clair de fournir des soins de santé accessibles dans la communauté, de permettre à plus de québécois d'avoir accès à un médecin de famille et d'assurer la continuité des soins.[20] Déjà en 2000, la Commission recommandait que les services de première ligne soient pris en charge par les GMF, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes. Le modèle des GMF est critiqué pour son manque de considération envers la dimension sociale de la santé, sa gestion par les médecins et sa contribution à la privatisation des soins de première ligne.[21] Dans un ouvrage récent, Contandriopoulos et al.[19] affirment que l'implantation massive des IPSPL représente une opportunité de transformation de l'offre de services de soins primaires, pour autant que ces infirmières puissent exercer de manière autonome et ainsi intégrer aux GMF une approche davantage collaborative. Cependant, la contamination du modèle GMF par les sciences infirmières pourrait s'avérer difficile à réaliser: quelle marge de manœuvre les IPSPL y disposent-elles pour faire valoir leur contribution?

L'objectif de cet article est de présenter divers contextes d'influence concernant le travail des IPSPL en s'intéressant aux conditions spécifiques du travail en GMF au Québec. Nous avons analysé les documents qui balisent la pratique

des IPSPL en GMF québécois produits par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et les ordres professionnels. Premièrement, nous présentons les principes épistémiques à partir desquels nous avons analysé ce contexte, soit à partir de la sociologie des absences et des émergences proposées par Boaventura de Sousa Santos.[22] Deuxièmement, suivant la sociologie des absences, nous exposons les conditions du travail des IPSPL au sein des GMF. Enfin, à l'aide de la sociologie des émergences, nous proposons des pistes d'émancipation pour les IPSPL.

La sociologie des absences

Boaventura de Sousa Santos est un sociologue portugais qui a étudié les questions de droits et de dignité de communautés locales, notamment au Brésil. Il s'intéresse aux manières dont les opprimés résistent au système de domination global tout en critiquant l'aveuglement de plusieurs théoriciens face aux enjeux du colonialisme.[22] Sousa Santos croit qu'il n'existe pas d'émancipation sans émancipation cognitive, donc une reconnaissance des diverses formes de savoirs, essentielles pour résoudre des problèmes criants d'oppression. Nous croyons que les écrits de Sousa Santos présentent un intérêt pour étudier les obstacles à l'autonomie de pratique des IPSPL parce qu'ils permettent une lecture des schèmes de domination sur la profession infirmière. L'une des prémisses auxquelles Sousa Santos réfère pour expliquer la pluralité épistémique repose sur le fait que la diversité du monde est infinie,

Elle inclut des manières très différentes d'être, de penser, de ressentir, de concevoir le temps, d'appréhender les relations des êtres humains entre eux et celles entre les humains et les non-humains, de regarder le passé et le futur, d'organiser la vie collective, la production des biens et des services, et des loisirs.[23 p39]

Faire fi de cette diversité participe au « gaspillage » de connaissances, alors qu'elles pourraient nous permettre de comprendre les comportements d'autrui, résoudre des problèmes sociaux qui affligent les sociétés, entretenir des relations d'ouverture et de dialogue avec les autres et mettre fin aux rapports d'oppression. La négation de la diversité ontologique et épistémique engendre ce que Sousa Santos appelle la pensée orthopédique, une pensée morcelée et incomplète, qui consiste à ne pas connaître les autres formes de savoirs et à nier leur existence. Ce qui n'est pas utile pour servir la pensée partielle n'existe pas : c'est ce qu'il nomme la production de « non-existences », la création de vides par le système hégémonique.[22] C'est à l'intérieur de cet état de domination que la sociologie des absences de Sousa Santos

trouve sa place. Elle est un exercice qui consiste à révéler à la fois les produits absents et les mécanismes les ayant occultés. Pour notre étude du cas des IPSPL en GMF, nous utilisons deux logiques de production d'absences classées en monocultures : la monoculture du savoir et la monoculture de la productivité capitaliste.[22]

La monoculture du savoir [22] découle de la place hégémonique qu'occupe la rigueur de la connaissance. La société occidentale se caractérise par le fait qu'elle privilégie les savoirs scientifiques et la rationalité dans ses décisions et dans ses valeurs humaines. Par exemple, lors d'une crise à caractère social, les critères guidant le choix des interventions misent sur l'efficacité à solutionner l'enjeu actuel et le rapport coût-bénéfices plutôt que sur l'acceptabilité sociale, le caractère équitable et les conséquences à plus long terme pour les humains et non-humains. La monoculture du savoir consiste à transformer le savoir en science moderne et à établir une culture élitiste pratiquant l'exclusion des autres formes de savoir. La prédominance des données probantes au détriment des autres formes de savoir dans le domaine infirmier et de la santé a déjà été dénoncée.[24-26] À cet effet, Sousa Santos précise que les données probantes produites par la science ne sont pas remises en cause; c'est plutôt leur hégémonie qui l'est. La non-existence produite par cette monoculture prend forme dans ce qui est ignoré ou mal connu.

Le soin infirmier est construit à partir de savoirs qui prennent racine à la fois dans les connaissances acquises dans le contexte académique et celles induites par l'expérience, le contexte du soin et la situation de vie du patient.[27-29] Parce qu'elles sont imprégnées par les contextes, ces formes de savoirs sont plus aisément transférables de la théorie à la pratique. Cependant, dans un contexte de monoculture de la rigueur scientifique, l'infirmière se trouve à abandonner une large partie de ces savoirs. Ce constat ressort dans une étude ethnographique portant sur les pratiques d'infirmières praticiennes en clinique externe: leurs interventions tournent autour du modèle conventionnel médical du traitement plutôt qu'autour des diverses dimensions de l'expérience de la maladie telle que vécue par les patients.[30] De plus, l'étendue du savoir infirmier est difficile à opérationnaliser à travers les impératifs professionnels et administratifs qui exigent que l'infirmière planifie, prédise et contrôle le processus de soin, et même le comportement du patient.

La monoculture des critères de la productivité capitaliste fait référence à l'hégémonie des produits économiquement rentables, c'est-à-dire une croissance économique dont l'objectif est non questionnable. Les produits qui sont reconnus

comme étant valables sont uniquement ceux qui permettent d'accroître et de maximiser les profits pécuniaires. Ce qui ne résulte pas en gains monétaires est qualifié d'improductif, occultant ainsi les autres produits potentiels ou réalisés, et engendrant une perte de crédibilité des personnes les produisant.[22] La monoculture de la productivité capitaliste peut s'observer dans le système de santé québécois à travers la nouvelle méthode de gestion publique (Lean) adoptée en 2011 par le Ministère de la santé et des services sociaux, basée sur un modèle entrepreneurial de l'amélioration des processus et d'évitement du gaspillage.[31,32]

Dans le cas des IPSPL au Québec, nous avons cherché à comprendre comment le contexte proximal de leur travail dans les GMF influence leurs capacités à utiliser la pluralité des savoirs infirmiers et à produire des résultats autres que les produits économiquement rentables. La sociologie des absences amène l'identification de contraintes chez les IPSPL: leur statut de sous-traitantes, la difficulté à actualiser la dimension éthique du soin, un lien de collaboration illusoire avec les médecins et l'abandon d'une approche communautaire de la santé.

Le statut de sous-traitante

La mainmise du corps médical sur la formation et la pratique des IPS au Québec est bien documentée. Le champ de pratique des IPS québécoises figure parmi l'un des plus restreint au Canada, malgré une formation des plus élaborée. [15,33-35] D'Amour et al.[33] rapportent que les infirmières des GMF et les IPS québécoises sont dépossédées par certains collègues médecins de leur pouvoir de décision quant à leur rôle et leur niveau d'autonomie. Leurs travaux montrent que le pouvoir médical intervient tant au niveau des corporations qui viennent baliser la formation et le champ de pratique des IPS qu'au niveau local, dans le quotidien de la pratique du soin. Ainsi, les auteures soulignent que c'est au médecin que revient la décision de recourir ou non aux IPSPL pour le suivi des clientèles, engendrant deux types de pratique infirmière: une qui est autonome et l'autre qui est celle d'assistante au médecin. De plus, les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements de santé décident et entérinent les protocoles permettant aux IPS de réaliser certains actes, telle la prescription de médicaments. Ainsi, le travail des IPS se retrouve constamment scruté par un autre corps professionnel qui détient des pouvoirs de surveillance sur leur pratique.

Les obstacles à l'autonomie des IPS sont également liés à leur environnement de travail. Étant des employées d'État rémunérées à salaire, les infirmières doivent exercer là où le

gouvernement crée des postes pour elles. Au Québec, l'IPSPL dispose de peu de latitude dans son choix d'endroit pour exercer. Même si elle est embauchée par un établissement du système de santé public, elle se retrouve souvent prêtée à un GMF du territoire, que celui-ci fasse partie de l'établissement ou non.[36] Les IPSPL sont donc soumises à la fois à l'autorité hiérarchique de l'établissement public et à l'autorité fonctionnelle des médecins propriétaires de GMF.[33] Les GMF sont des entités privées qui visent majoritairement à générer des profits et sont gérées par des médecins associés par contrat.[21, 37] L'organisation interne du GMF est à l'entière discrétion des médecins propriétaires.

Le GMF est le modèle de services de santé de première ligne préconisé par le gouvernement actuel.[21] Il a été choisi dans les années 2000 comme porte d'entrée du système de santé notamment parce qu'il était mieux accepté par le corps médical que celui des Centres locaux de services communautaires (CLSC), et parce qu'il protégeait le mode de rémunération à l'acte des médecins.[38] De plus, les GMF permettent l'introduction de nouveaux modes de rémunération des médecins qui y participent.[20,36,38] Par exemple, les médecins des GMF reçoivent des montants forfaitaires additionnels pour le nombre de patients inscrits, des montants de fonctionnement, le paiement de salaire de personnel administratif et un nombre d'heures dédiées au travail interdisciplinaire. L'adhésion au GMF a été vendue aux médecins des cliniques privées en tant qu'opportunité pour l'obtention d'une main d'œuvre permettant d'accélérer le rendement des services, cette main d'œuvre étant entre autres composée d'infirmières.[20] Les médecins des GMF sont mieux rémunérés que leurs confrères pratiquant dans les établissements publics, obtenant jusqu'au double du financement par patient.[21]

Le mode d'organisation en GMF révèle une condition troublante : celle de sous-traitante de l'IPSPL. Le médecin partenaire de l'IPSPL reçoit une rémunération pour des patients qui dans les faits sont suivis par l'IPSPL [39], ce qui place ces dernières devant l'obligation d'ajuster leurs pratiques de manière à répondre aux impératifs administratifs exigés par le Ministère à l'endroit des médecins. En effet, en plus de devoir assurer le maintien d'un taux d'assiduité minimal de 80% des patients au GMF, la loi 20 adoptée en 2015 vient encadrer la pratique des médecins omnipraticiens en leur imposant un nombre de patients à être inscrits sous leur responsabilité ainsi que des cibles à atteindre en matière d'accès aux soins pour leur clientèle.[40] Cette loi module les subventions accordées aux omnipraticiens des GMF, sous condition d'atteinte des indicateurs de performances.

[36] Ceci vient placer le GMF dans une structure de travail favorisant une offre de soins basée sur des principes de production, en répondant aux impératifs ministériels, alors que ceux-ci sont dénoncés comme ne permettant pas de répondre aux besoins de santé des québécois.[41,42] Dans ce milieu, une vision entrepreneuriale de la médecine est préconisée, où la quantité et la qualité des services rendus se trouvent optimisées par le travail de l'infirmière.

Les infirmières rapportent que le mode de rémunération à l'acte des médecins est un obstacle à leur implantation dans les soins de première ligne ainsi qu'au déploiement de leur champ d'exercice infirmier.[20] Les IPSPL ne peuvent faire bénéficier les patients de l'ampleur de leurs compétences parce que l'expansion de leur champ d'exercice constitue une menace à la rémunération de leur médecin partenaire et au financement du GMF. Ainsi, les IPSPL se trouvent devant plusieurs contraintes structurelles lorsqu'elles doivent faire des choix quant aux soins qu'elles mobilisent dans l'exercice de leur travail. Par conséquent, la rémunération à l'acte du médecin ainsi que le mode de financement au rendement des GMF posent des enjeux éthiques à la dispensation de soins. L'IPSPL doit arrimer sa pratique avec celle de son médecin partenaire puisque son rôle est nécessairement lié à l'obligation pour le médecin de rencontrer les balises de performance dictées par le Ministère de la santé.

La contrainte de la collaboration illusoire

Dès le départ, la collaboration interprofessionnelle est inscrite au centre des préoccupations touchant la mise en œuvre du projet de GMF. La définition de la collaboration s'appuie sur une téléologie de production de résultats optimisée par le travail d'équipe et afin de la rendre possible, les différends doivent se résoudre en dehors d'un rapport d'autorité.[20] Comment s'actualise la collaboration IPSPL-médecin dans le contexte de monoculture des savoirs et de production capitaliste du soin ? Les documents concernant la pratique des IPS au Québec discutent de collaboration professionnelle, cependant ne rendent pas compte des embûches rencontrées pour la mettre en œuvre. Lorsque sont discutées les conditions essentielles au développement de la pratique de collaboration, l'OIIQ ne fait aucune mention du rapport d'autorité qui peut nuire à la collaboration [5], alors que le GMF place l'IPSPL dans une relation hiérarchique avec son médecin partenaire. D'Amour et al.[43] rendent compte de deux types de pratique infirmière en GMF: celle de suivis conjoints entre l'infirmière et le médecin et celle de l'infirmière assistante du médecin. Selon ces auteures, la pratique d'assistance au médecin est davantage présente dans

les GMF de type privé et c'est dans ces endroits que se trouvent des problématiques de collaboration interprofessionnelle limitant le champ d'exercice des IPS. Nous savons que les médecins des GMF ont besoin de la collaboration des IPSPL afin de répondre aux impératifs ministériels. Cependant, la nécessité pour l'IPSPL de collaborer in situ avec un médecin est remise en question par l'étude d'un modèle marginal de clinique infirmière autonome dans la Basse-Ville de Québec, qui a démontré que moins de 5% des cas ont besoin d'être référés vers un médecin, et ce en dépit du fait que cette clinique dessert une clientèle présentant des problèmes de santé chroniques et complexes.[12] Il semble donc que les besoins des patients ne justifient pas la nécessité d'une collaboration IPSPL-médecin étroite et fréquente.

L'emphase mise sur la collaboration entre IPSPL et médecins correspond à ce que Sousa Santos[22] nomme « l'émancipation régulée », une tentative de reproduction des mêmes conditions et structures ayant permis la mainmise biomédicale sur la pratique infirmière. D'Amour et al. affirment: « Ce sont les médecins qui ont décidé, au final, de l'agenda de travail des infirmières et de leur niveau de participation au suivi de la clientèle et à la prise de décisions ».[33 p314] Ainsi, il semble que la condition de subordination au corps médical persiste, même au sein d'une frange d'infirmières les plus scolarisées. Malgré l'accès des IPSPL à une éducation poussée et au rehaussement de leur statut professionnel, les GMF représentent des environnements hostiles à l'émancipation infirmière. L'émancipation régulée par le corps médical et l'orientation politique du gouvernement a pour effet de légitimer le principe de hiérarchisation, d'établir des rapports de domination au sein même de la profession infirmière et ainsi compromettre le projet d'amélioration de l'accessibilité aux services de première ligne.

L'éthique du soin évacuée

Les IPSPL se trouvent au cœur des considérations économiques de la rémunération médicale et du financement des GMF, leur pratique étant intrinsèquement reliée à celle des médecins. Les états énumérés ci-haut limitent les possibilités de déploiement des savoirs infirmiers, notamment lorsqu'il s'agit de répondre à des groupes de population qui sont non desservis par les médecins et qui ne correspondent pas nécessairement à la clientèle visée par les GMF. La dimension éthique du travail de l'infirmière est reconnue comme faisant partie des éléments essentiels du soin :

L'IPS doit intégrer les principes éthiques dans l'ensemble de ces fonctions. Ainsi, elle doit faire

preuve de jugement clinique et de pensée critique, (...), contribuer à la résolution de problèmes ou de dilemmes éthiques en lien avec le patient ou le système de santé, et s'assurer du respect des droits du patient, de la famille et de la collectivité.[44 p9]

Cette dimension fait également partie des formes de savoirs infirmiers énoncées par Carper et White[27,28] depuis la fondation des sciences infirmières en tant que discipline. Qu'arrive-t-il à cette forme de savoir propre à l'infirmière dans le contexte du travail en GMF ? L'IPSPL qui accepterait d'évaluer et suivre un patient sans que le médecin puisse en retirer une rémunération - par exemple face à un patient sans carte d'assurance maladie valide - ou en dépit du désaccord du médecin, se place en porte-à-faux avec son médecin partenaire. Pourtant, l'article 23 du code de déontologie des infirmières du Québec mentionne que l'infirmière doit éviter la posture de conflit d'intérêts.[45] Si l'IPSPL choisit de privilégier sa relation de travail avec son médecin partenaire, son obligation d'indépendance n'est pas respectée. En raison du contexte de subordination au médecin partenaire, elle se retrouve à devoir ménager la chèvre (sa relation avec son médecin partenaire) et le chou (ce qu'il y a de mieux pour la santé du patient), une posture de conflit éthique engendrée par le lien obligé avec le médecin partenaire. L'articulation entre sa loyauté envers le GMF où elle est placée sous l'autorité fonctionnelle, et envers l'établissement public dont elle est sous l'autorité hiérarchique donne lieu à un conflit d'allégeance et peut la placer en situation de désarroi éthique.

L'abandon de l'approche communautaire

L'un des produits rendu invisible par la monoculture des productivités capitalistes au sein des GMF est celui de l'approche communautaire. Les GMF du Québec fonctionnent pour la plupart selon un modèle de dispensation de soins primaires de première ligne (« primary care »), tandis que la formation infirmière valorise l'approche de soins de santé primaires (« primary health care »). La différence entre ces deux modèles est explicitée par Awofeso[46]: les soins de santé primaires incluent l'approche individuelle de dispensation de services de santé à des personnes, mais également des actions portant sur les collectivités et les politiques, de même qu'un souci pour l'équité en santé. En théorie, les établissements publics de santé favorisent l'approche de soins de santé primaires puisqu'ils détiennent la responsabilité de toute la population et non seulement celle de répondre aux demandeurs de services. Cependant, l'opérationnalisation de cette responsabilité populationnelle n'échappe pas aux rapports hiérarchiques entretenus par

les médecins oeuvrant en clinique privée à l'endroit des professionnels des établissements publics de soins.[47]

L'histoire de l'implantation des IPSPL au Canada révèle que les infirmières veulent s'outiller à la pratique d'actes médicaux afin de répondre aux besoins de communautés que le système de santé n'arrive pas à rejoindre.[18] Selon les régions, 10 à 39% des québécois ne sont pas inscrits à un médecins de famille [48], ce qui vient renforcer l'argument utilisé par les IPSPL à savoir que leur contribution est requise pour assurer l'accès et la continuité des soins. Cependant, l'approche clientéliste des GMF et la hiérarchie existante laissent peu de place pour développer une approche centrée sur les besoins de la communauté avoisinante. Le gaspillage de pratiques infirmières en matière de soins communautaires au sein des GMF n'est pas sans conséquence pour l'équité d'accès aux services de première ligne, et sur les conditions de vie des personnes et des communautés.

La sociologie des émergences

Les IPS sont présentées comme l'un des modèles infirmiers de l'avenir, celui qui permettra de solutionner les problématiques d'accès aux soins des communautés, d'assurer le suivi des patients présentant des problèmes de santé chroniques et de rentabiliser la première ligne.[19,49] Cependant, à la lumière des contextes de leur travail, peut-on présenter leur pratique comme un modèle d'autonomie infirmière? Quelles plumes la profession infirmière perd-elle en avilissant certains de ses fondements éthiques essentiels - tels que les valeurs de justice sociale et d'équité – au profit d'une pratique qu'elle qualifie d'« avancée », mais qui se retrouve pervertie par un environnement de travail inscrit dans un paradigme néolibéral?

La sociologie des émergences cherche à imaginer ce qui n'est pas encore, invite à explorer un horizon de possibilités.[23] Sousa Santos affirme que l'existence des systèmes hiérarchiques de domination survient en raison de l'absence d'espaces discursifs permettant de les remettre en question. Pour se sortir de la logique créant les non-existences de certaines formes de savoirs et de produits, il propose d'explorer et d'expérimenter les pratiques alternatives tout comme les épistémologies plurielles qui visent l'imagination, l'émergence et l'émancipation des savoirs.[22]

La sociologie des émergences consiste à représenter et amplifier les contributions présentes, mal ou peu reconnues, ceci dans l'objectif de montrer comment elles peuvent être porteuses de potentialités futures. Afin de remédier à la monoculture du savoir, Sousa Santos [22] propose

l'écologie des savoirs. Elle part de l'idée d'acquérir les autres connaissances, sans oublier celles d'origine. Il s'agit d'une posture épistémique et politique, un angle sous lequel il est possible de considérer les contextes dans lesquels sont enracinées les monocultures actuelles. Il propose d'évaluer la pertinence des connaissances existantes non pas en fonction du degré de professionnalisation, mais plutôt selon leur utilité pour satisfaire aux conditions portant atteinte à la vie et/ou à la dignité humaine. À cet effet, il construit sur les idées d'Ortega y Gasset en proclamant que « the human being is also what is missing in her circumstance for her to be fully human ».[50 p121] Cet exercice oblige à tenir compte de la diversité des savoirs et à avoir recours à ceux qui sont omis du dialogue.

Pour contrer la monoculture de la productivité capitaliste, Sousa Santos [22] propose également l'écologie des productivités, laquelle vient valoriser les systèmes alternatifs de production, les diverses formes de produits et les poches de solidarité existantes. Cette écologie est illustrée dans le documentaire Demain [51], où des initiatives locales sont présentées, choisies à partir du fait qu'elles font scission avec les systèmes de domination actuels et permettent de répondre à un besoin urgent. L'initiative non-conformiste représente la possibilité, une anticipation de l'avenir à partir d'autres cadres. Le fait que ces initiatives existent montre qu'il est possible de dépasser les obstacles actuels. Leur potentiel contre-systémique réside dans leur capacité à articuler leurs forces, leur organisation et leurs objectifs dans un lieu d'échange mutuellement intelligible pour les acteurs du système dominant et ceux initiant l'action non conformiste. Les deux sociologies sont reliées : à la fois déconstruire les processus par lesquels les personnes sont contraintes à occulter une partie de ce qu'elles savent et font (sociologie des absences) et imaginer les alternatives possibles non examinées (sociologie des émergences).

Pistes d'émancipation

Dans le cas des IPSPL québécoises, les absences que la sociologie des émergences tente de faire exister sont celles des savoirs infirmiers autres que les connaissances biomédicales (dont les savoirs éthiques) et une collaboration qui puisse permettre de répondre aux besoins des populations. L'une des manières de contrer l'hégémonie systémique est expliquée par Sousa Santos à travers la traduction interculturelle: « C'est une procédure qui ne confère à aucun groupe particulier le statut de totalité exclusive ou homogène. (...) Le subalterne, par exemple, doit être vu à l'intérieur et à l'extérieur de la relation de subalternité ».[23 p42] C'est ainsi qu'est produit

un dialogue entre système dominant et alternatif.

S’inspirant de la théorie postcoloniale de Homi Bhabha, Chulach et Gagnon [52] développent l’idée d’un « troisième espace » où se trouverait la pratique des infirmières praticiennes et dans lequel elles conceptualisent un modèle hybride, entre la culture du soin infirmier et celle de la médecine. Le potentiel pour les IPSPL d’entraîner le système de santé dans une autre direction dépend de leur capacité à faire face aux contraintes et à créer la nouveauté : quelles voies s’ouvrent à elles pour y parvenir tout en s’émancipant du corps médical et du contexte administratif de productivité? L’émancipation des IPSPL au Québec repose entre autres sur la possibilité de créer des espaces discursifs afin qu’elles puissent concrétiser ce « troisième espace ». Sousa Santos [23] éclaire ce processus à travers le défi reconstitutif, lequel consiste à faire revivre l’héritage des savoirs infirmiers en dehors de la mainmise biomédicale. En se basant sur la traduction interculturelle de Sousa Santos, nous proposons ici trois possibilités d’émancipation visant à actualiser l’écologie des savoirs et des productivités des IPSPL: développer les actions communautaires, miser sur la sensibilité éthique des infirmières et modifier le rapport au pouvoir.

Développer les actions communautaires

La difficulté pour les IPSPL d’exercer en adéquation avec les pratiques fondamentales aux sciences infirmières n’est pas qu’un simple enjeu d’autonomie professionnelle ; elle pose également des limites à l’amélioration de la santé des patients et des communautés. Un exemple de scission avec le modèle dominant pour assurer des soins à des groupes exclus est la Coopérative de santé SABSA (Services à Bas Seuil d’Accessibilité) à Québec [12] où l’autonomie infirmière est prépondérante et la hiérarchie entre médecins et infirmières, réduite au minimum. Cette coopérative, gérée par des infirmières, offre des services de santé et psychosociaux à proximité des milieux de vie de personnes considérées vulnérables depuis 2011. Elle s’est également associée à deux universités pour documenter les interventions et l’efficacité de son modèle. Ainsi, SABSA parvient à justifier l’alternative qu’elle propose à l’aide d’un langage (non-exclusif) de la rigueur scientifique, devenant ainsi le « lieu mutuellement intelligible » aux systèmes dominant et alternatif, tel qu’expliqué par Sousa Santos. Après avoir dû fermer ses portes faute de financement, la population s’est mobilisée pour financer socialement et faire pression sur le gouvernement afin de sauver SABSA.[53] C’est dans cette lutte pour sa survie que les responsables ont ainsi transformé la clinique qui rend des services de santé en

un objet symbolique de projet social d’équité. Ce sont ces impératifs de justice sociale, à un moment historique où les structures du système de santé n’arrivaient pas à répondre aux besoins d’un groupe de population, qui ont valu à SABSA d’attirer la compassion du public. C’est également grâce aux habiletés de vulgarisation – référent du concept de traduction culturelle de Sousa Santos - de ses infirmières que SABSA est parvenue à faire les manchettes à chaque fois qu’elle se trouvait menacée. La coopérative de solidarité SABSA est devenue une troisième voie possible, un modèle de structure de soins de santé où les professionnelles jouissent d’une plus grande liberté pour ajuster leurs pratiques aux conditions de vie des personnes, une brèche dans un système de santé soumis aux impératifs capitalistes et biomédicaux. La coopérative a réussi à démontrer au gouvernement sa pertinence et a conclu en 2016 une entente avec le MSSS afin d’assurer la pérennité de ses services en assurant le salaire de l’IPSPL et de l’intervenante sociale auprès de plus de 1500 patients n’ayant pas de médecin de famille.[54] Dans le cas de SABSA, l’analyse critique des enjeux de pouvoirs et de colonisation reste nécessaire afin d’évaluer les impacts de sa récente affiliation au réseau sur la pratique autonome des infirmières.

Par ailleurs, il ne suffit pas de desservir des groupes dits « vulnérables » ; l’alliance politique des IPSPL avec les communautés devient essentielle afin de sécuriser le maintien de leurs pratiques infirmières sociales. Leur raison d’exister repose sur leur aptitude à répondre aux besoins des patients comme celle d’amoindrir les effets et l’accroissement des iniquités sociales de santé. L’émancipation des IPSPL au Québec pourra se produire si elles construisent leur probité sur leur capacité à répondre aux besoins de santé des communautés. Cette voie potentielle peut être créée à travers des mécanismes de régulation émancipatoires. En effet, selon Sousa Santos, il importe de clarifier, « dans chaque contexte et à chaque moment historique, les constellations pratiques dont le potentiel contre-hégémonique est le plus fort ».[23 p43]

Les démarches en lien avec l’amélioration des conditions de vie font partie du rôle défini de l’IPSPL. Celles-ci peuvent s’inspirer dans leur curriculum d’apprentissage de ces moments de l’histoire où infirmières et hygiénistes ont occupé des rôles d’avant-garde, entre autres à travers le déploiement d’interventions en santé communautaire et en santé publique, malgré les dictats médicaux et cléricaux contraignants. Une initiative exemplaire à cet effet est celle de l’implantation d’IPSPL de proximité au sein du CIUSSS Centre-Sud de Montréal (au sein du CLSC et en dehors du

GMF), où les infirmières praticiennes se déplacent dans les milieux de vie des personnes marginalisées.

L'émancipation est également possible de l'intérieur, à travers la réforme des GMF, particulièrement dans le contexte présent où des échanges de personnel et des lieux de rencontre sont réalisés avec des professionnels des CLSC. Il est possible pour les IPSPL des GMF d'utiliser leur affiliation avec les établissements de santé en tant que voie d'émancipation de leurs savoirs infirmiers. Malgré les politiques administratives renforçant la productivité, les infirmières des CLSC développent des stratégies pour agir face aux conditions de vie, notamment à travers des actions collectives avec leurs collègues et divers acteurs du quartier. La pratique en santé communautaire est porteuse de potentialités en matière de justice sociale, d'où l'importance de questionner sa place dans la pratique avancée du soin. En faisant ressortir ces actions, les habiletés des infirmières à faire autrement se trouvent exposées.

Miser sur la sensibilité éthique

Chinn et Kramer [29] proposent des savoirs émancipatoires à travers l'examen des enjeux sociopolitiques de la discipline infirmière. Ces savoirs permettent aux infirmières de se positionner quant aux notions d'équité et de justice sociale, par des actions de remise en question, de critique, de revendications et de réflexions quant aux obstacles à une pratique juste et équitable. Le désarroi qui peut être vécu en GMF révèle à la fois un sens éthique bien développé chez ces infirmières ainsi que la possibilité de l'utiliser en tant que baromètre du contexte de travail. Langlois et al. expliquent la sensibilité éthique en tant que «capacité à percevoir, dans une situation donnée, la présence d'un enjeu éthique ». [55 p121] Elle est un exercice de réflexion critique qui permet aux IPSPL de comprendre les possibilités qui s'offrent à elles, pour ensuite prendre conscience des conséquences de chacune.

La capacité de placer les enjeux éthiques et de justice sociale à l'intérieur du modèle GMF est contingentée par deux éléments : la capacité de l'IPSPL de relier les résultats obtenus ou visés en termes de santé à la mobilisation de la diversité de ses savoirs (dont les savoirs éthiques) et le potentiel de changement de la structure collaborative à d'autres manières de penser la santé. À propos de ce dernier, rappelons que D'Amour et al. [56] rapportaient deux types de pratique de collaboration, dont l'une était plus égalitaire. Les modèles de collaboration dans les GMF sont à géométrie variable ; il est donc plausible de croire que certaines IPS aient davantage de possibilité d'influencer la structure de travail que d'autres.

L'examen des situations où les infirmières praticiennes déploient leur capacité d'action est une stratégie contre-hégémonique présentée par Homi Bhabha [52] : elle peut aider à identifier les zones et espaces de travail favorables à l'émancipation des IPSPL. La réflexion éthique permet de questionner les enjeux de pouvoirs, mais d'autres moyens doivent être envisagés pour assurer la reconnaissance du savoir de l'autre. Les modèles plus progressistes pourraient être utilisés par les regroupements d'IPSPL pour favoriser la contamination des autres GMF et également influencer l'opinion publique à cet égard. Ainsi, porter l'analyse des situations de désarroi éthique vécues [57] à un niveau collectif devient nécessaire si l'on veut participer à l'émancipation du plus grand nombre. Pour cela, un questionnement de la définition de pouvoir s'avère nécessaire.

Modifier le rapport au pouvoir

Afin d'horizontaliser les rapports, Sousa Santos propose de créer de nouvelles règles et d'autres processus, lesquels sont émancipatoires. Selon lui, il est nécessaire de transformer le pouvoir, plutôt que de le gagner. [50] L'enjeu de la définition du pouvoir est également abordé dans les écrits féministes. bell hooks [58] déplore que les femmes blanches anglo-saxonnes actives dans le mouvement féministe aux États-Unis au cours des années 1960 construisaient leurs actions à partir de la définition du pouvoir véhiculée par leur contrepartie masculine. Ce pouvoir, fondé sur l'accumulation de biens matériels et d'argent, ne permet pas selon hooks de remettre en question l'objectif capitaliste qui est le fondement menant à la création d'iniquités, au-delà des iniquités de genre. Ceci a pour effet de recréer les mécanismes de domination du système capitaliste au sein même des mouvements féministes. Pour hooks, la lutte des femmes doit sortir du narcissisme individuel, dépasser la simple question de l'ascension sociale personnelle, pour satisfaire les aspirations de la collectivité des femmes dans son ensemble et dans ses particularités diverses. Elle propose de miser sur des mécanismes qui permettent de confronter les différences, afin de trouver des liens de similitudes entre les groupes et travailler à des luttes collectives. Rendre la lutte collective est ce que les femmes racisées américaines font à travers l'entraide solidaire, une forme de communautarisation basée sur le genre qu'elles appellent « sisterhood », une action qui rompt avec le pouvoir capitalisme.

Lorsque les IPSPL puisent leur légitimité uniquement dans le fait que leur contribution permet une rentabilité économique des soins de santé, elles concourent à leur perte émancipatoire en occultant une large partie des savoirs infirmiers. La fuite

d'IPSPL vers des organisations privées à but lucratif peut également être comprise en tant que mécanisme d'ascension sociale individuelle propre au système capitaliste. L'angle mort qui aurait besoin d'être investigué dans l'exercice de sociologie des émergences est celui des solidarités que les IPSPL savent construire avec les personnes, les familles et les communautés, de même que leur sensibilité éthique face aux injustices sociales dont elles sont témoins. Il s'agit là de savoirs puissants puisqu'ils font écho aux préoccupations publiques à l'endroit d'un système de santé qui (re)produit les iniquités.

En février 2017, le Ministre québécois de la santé a réitéré l'importance des IPSPL en annonçant la création de 2000 postes d'IPS d'ici 2024 [59], leur octroyant ainsi une place prépondérante dans l'offre de services de première ligne. L'arrivée graduelle et massive des IPS dans le réseau de santé québécois représente un pouvoir politique non-négligeable de transformation. Contandriopoulos et al. [19] affirment à cet effet que le degré d'intégration des IPS dans le système, tout en préservant une pratique fidèle aux principes fondamentaux des sciences infirmières, devient un indicateur de réforme du système et un enjeu politique crucial. À mesure que les IPSPL deviennent de plus en plus nombreuses au Québec, il est impératif qu'elles puissent poursuivre leurs efforts de dialogue entre elles, et avec les patients et les communautés. Des espaces discursifs, tels que ceux existants au sein de leur association provinciale, permettraient d'abord de développer une lecture commune des problématiques liées à leur pratique puis réfléchir à des pistes d'action. La collectivité autour des IPSPL peut être construite sur quatre fronts : entre IPS, entre infirmières, avec les autres travailleurs de la santé et avec les communautés. Il s'agit de créer une horizontalité de pouvoir au sein même de la profession infirmière ou entre professionnelles et société civile et reconnaître les apports de chacun en fonction de leur pertinence pour résoudre les enjeux de santé collectifs. Les citoyens détiennent des connaissances sur leur situation de santé et leur environnement de vie qui permettent d'agir en amont des problèmes de santé. En ouvrant la discussion avec les communautés au niveau local, les IPSPL pourraient construire une meilleure compréhension des besoins de celles-ci et de leur apport potentiel. Les citoyens gagneraient également à mieux comprendre le rôle des IPSPL et leur contribution. Ce dialogue permet la création d'un espace mutuellement intelligible, auquel les dirigeants politiques sont sensibles puisqu'il s'agit de l'opinion des citoyens en tant que groupe d'électeurs. Construire une légitimité d'existence à partir de la capacité des IPSPL à dialoguer et répondre

aux besoins de l'ensemble des québécois permettrait de développer un pouvoir politique sur la base du droit à la santé des citoyens.

Conclusion

Cet article basé sur les épistémologies du Sud de Boaventura De Sousa Santos a permis de mettre en lumière les contenus absents du travail de l'IPSPL au Québec. Le travail dans les GMF, où l'emphase est placée sur la rentabilité économique engendre un statut de sous-traitante de l'IPSPL et une collaboration illusoire avec le médecin. Ce contexte est à l'origine de l'invisibilité d'une large gamme de pratiques infirmières, dont les savoirs éthiques et la mise en place d'actions communautaires. Considérant que les GMF sont le modèle préconisé par le gouvernement, que des ressources infirmières sont présentement transférées des CLSC vers les GMF [36], et que ces derniers ne sont pas imputables d'une approche communautaire, la situation actuelle soulève d'importants questionnements au sujet de l'équité d'accès aux services de santé et l'avenir de la santé communautaire au Québec.

Nous avons également fait ressortir des pistes d'émancipation possibles pour les IPSPL, à savoir le développement d'actions communautaires comme gage de pratique alternative et solidaire du soin avancé en première ligne et le renforcement de la sensibilité éthique infirmière en tant que moteur de changement interne au sein des GMF. Enfin, nous avons exprimé une réflexion en ce qui concerne la définition du pouvoir au sein de la profession infirmière, et la possibilité de collectiviser le pouvoir à partir d'une base dialectique entre infirmières et d'autres groupes. Si les IPSPL peuvent puiser leur pertinence à travers l'approbation du corps médical, les valeurs morales guidant ce dernier sont aujourd'hui de plus en plus questionnées.[60] Le nouveau contexte politique favorisant l'arrivée massive d'IPSPL représente une opportunité pour que les praticiennes du soin infirmier avancé créent la reconnaissance de leur pratique à travers leur capacité à répondre aux enjeux de santé des communautés. Nous espérons que les lectrices verront dans cet article, une opportunité de déclencher le dialogue autour de leurs possibilités émancipatrices. La sauvegarde de la diversité des savoirs infirmiers et la capacité d'action en matière de justice sociale pourraient s'avérer être des critères garants de la préservation de la probité des IPSPL aux yeux du public. L'approche épistémique de Sousa Santos permet de penser la construction de la pratique avancée des soins infirmiers à partir de la diversité de ses fondements traditionnels, en dehors de l'hégémonie médicale et économique.

Références

- 1.Canadian Nurses Association. Advanced Nursing Practice: Nurse Practitioners. 2017. Disponible sur www.cna-aiic.ca/en/professional-development/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners. Consulté le 15 octobre 2017.
- 2.Fougère B, Morley JE, Decavel F, Nourhashémi F, Abele P, Resnick B, et al. Development and Implementation of the Advanced Practice Nurse Worldwide With an Interest in Geriatric Care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2016; 17(9): 782-8.
- 3.Staples E, Ray SL, Hannon R. Perspectives canadiennes de la pratique infirmière avancée. Toronto: Canadian Scholar's Press, 2017.
- 4.Kaasalainen SA. A Historical Overview of the Development of Advanced Practice Nursing Roles in Canada. *Nursing Leadership* 2010; 1(23): 35-60.
- 5.Durand S, Maillé M (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec). Lignes directrices. Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. 2e édition. 2014. Disponible sur www.oiiq.org/publications/repertoire. Consulté le 19 mai 2017.
- 6.Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, O'Grady E. Advanced nursing practice: An integrative approach. 5e édition. Saunders: Elsevier, 2014.
- 7.Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48(5): 519-29.
- 8.Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martín-Santos FJ, Kaknani Uttumchandani S, Leon Campos Á, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International Journal of Nursing Studies* 2016; 53: 290-307.
- 9.Ducharme J, Alder RJ, Pelletier C, Murray D, Tepper J. The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2009; 11(05): 455-61.
- 10.DiCenso A, Bourgeault I, Abelson J, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Carter N, et al. Utilization of Nurse Practitioners to Increase Patient Access to Primary Healthcare in Canada – Thinking Outside the Box. *Nursing Leadership* 2010; 23: 239-60.
- 11.Hussey PS, Eibner C, Ridgely MS, McGlynn EA. Controlling U.S. Health Care Spending — Separating Promising from Unpromising Approaches. *The New England Journal of Medicine* 2009; 361(22): 2109-11.
- 12.Duhoux A, Contandriopoulos D, Roy B, Laroche D, Mattmann S. La coopérative de solidarité SABSA. Rapport préliminaire. Mise à jour - année 2015. 2016. Disponible sur www.coop-sabsa.com. Consulté le 19 mai 2017.
- 13.Wong ST, Farrally V (Michael Smith Foundation for Health Research). The Utilization of Nurse Practitioners and Physician Assistants: A Research Synthesis. 2013. Disponible sur www.msfr.org. Consulté le 23 mai 2017.
- 14.Assemblée nationale. Projet de loi no 90: Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé; article 36.1. 2002. Disponible sur <http://www.ooaq.qc.ca>. Consulté le 19 mai 2017.
- 15.Durand S, Maillé M (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec). Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise - Mémoire. 2013. Disponible sur www.oiiq.org. Consulté le 22 mai 2017.
- 16.Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. Statistiques IPS au Québec: Au-delà des limites. *Journal de l'AIPSQ* 2017; 10(1): 4.
- 17.Marleau D (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2015-2016. Le Québec et ses régions. 2016. Disponible sur www.oiiq.org. Consulté le 22 mai 2017.
- 18.Rioux-Dubois A, Perron A. Exploring the Potential Contribution of Actor-Network Theory in Nursing Using the Integration of Nurse Practitioners as an Exemplar. *Aporia*. 2016 ; 8(2):5-15.
- 19.Contandriopoulos D, Brousselle A, Breton M, Sangster-Gormley E, Kilpatrick K, Dubois C-A, et al. Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform. *Health Policy* 2016; 120(6): 682-9.
- 20.Beaulieu MD, Denis JL, D'Amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon E, et al. L'implantation des groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. 2006. Disponible sur www.ferasi.umontreal.ca. Consulté le 19 mai 2017.
- 21.Plourde A (Institut de recherche et d'informations socio-économique). CLSC ou GMF? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources. 2017. Disponible sur www.iris-recherche.qc.ca/publications/CLSC-GMF. Consulté le 23 mai 2017.

- 22.Sousa Santos B. *Epistemologies of the South : justice against epistemicide*. Boulder : Paradigm Publishers, 2014.
- 23.Sousa Santos B. *Épistémologies du Sud. Études Rurales* 2011; 187: 21-50.
- 24.Holmes DMSJPARG. *Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism*. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2006; 4(3): 180-6.
- 25.Baillargeon D. *Praticiennes et patientes : Les femmes et la santé dans l'historiographie québécoise*. *Revue d'histoire de l'Amérique française* 1999; 53(1): 47-59.
- 26.Dallaire C. *Le savoir infirmier: au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaétan Morin, 2008.
- 27.Carper BA. *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advances in Nursing Science* 1978; 1(1): 13-23.
- 28.White J. *Patterns of knowing: Review, critique, and update*. *Advances in Nursing Science* 1995; 17(4): 73-86.
- 29.Chinn PL, Kramer JM. *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. 8th Edition. MO: Elsevier Mosby, 2012.
- 30.Ter Maten-Speksnijder AJ, Dwarswaard J, Meurs PL, van Staa A. *Rhetoric or reality? What nurse practitioners do to provide self-management support in outpatient clinics: an ethnographic study*. *Journal of Clinical Nursing* 2016; 25(21-22): 3219-28.
- 31.Tardif M. *Devenir Lean au temps de l'amélioration continue: Récit de la transformation culturelle du système public de santé et de services sociaux au Québec*. Université Concordia. 2016. Disponible sur www.spectrum.library.concordia.ca. Consulté le 19 mai 2017.
- 32.Jobin M-H, Lagacé D. *La démarche Lean en santé et services sociaux au Québec: comment mesurer la maturité des établissements?* *Gestion* 2014; 39(3): 116-27.
- 33.D'Amour D, Tremblay D, Proulx M. *Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical*. *Recherches Sociographiques* 2009; 50(2): 301-20.
- 34.Chaire Politiques, Connaissances, Santé. *Les IPS au Canada!*. 2017. Disponible sur www.pocosa.ca/2017/05/23/les-ips-au-canada/. Consulté le 26 mai 2017.
- 35.Radio-Canada. *Résistance médicale*. 2010. Disponible sur www.ici.radio-canada.ca. Consulté le 19 mai 2017.
- 36.Ministère de la santé et des services sociaux. *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*. 2016. Disponible sur www.publications.msss.gouv.qc.ca. Consulté le 19 mai 2017.
- 37.Khadir S, Ouellet E, Tremblay É (Médecins québécois pour le régime public). *Les GMF au Québec: étude de cas d'une médecine entrepreneuriale*. 2017. Disponible sur www.mqrp.qc.ca/publications/2017/06/rapport-annuel-2017/. Consulté le 24 octobre 2017.
- 38.Breton M, Lévesque J, Pineault R, Hogg W. *L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires*. *Pratiques organisationnelles de soins* 2011; 42(2): 101-9.
- 39.Régie de l'assurance maladie du Québec. *Partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée*. Disponible sur www.ici.radio-canada.ca. Consulté le 24 mai 2017.
- 40.Assemblée nationale du Québec. *Projet de loi no 20: Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*. 2015. Disponible sur www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca. Consulté le 19 mai 2017.
- 41.Da Silva RB, Sicotte C, Pineault R, Lauzon A-J, Blais R, Hébert R, et al (Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal). *Mémoire sur la première partie du projet de loi 20 : loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*. 2015. Disponible sur www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/29981.pdf. Consulté le 26 mai 2017.
- 42.Contandriopoulos D, Brousselle A, Duhoux A, Breton M, Perroux M, Champagne G. *Au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n°20. Mémoire sur la première partie du projet de loi no 20: Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*. 2015. Disponible sur www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/publications.asp?no=29617. Consulté le 26 mai 2017.
- 43.D'Amour D, Goudreau J, Hudon E, Beaulieu M-D, Lamothe L, Jogin G, et al. *Groupes de médecine de famille. L'essor des soins infirmiers en GMF*. *Perspective Infirmière* septembre-octobre 2008. 4-11.
- 44.Durand, S, Allard M, Ménard C (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée*. 2006. Disponible sur www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-directrices-

sur-les-modalites-de-la-pratique-de-linfirmiere-praticien. Consulté le 19 mai 2017.

45.Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Code de déontologie des infirmières et infirmiers. 2015. Disponible sur www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/pratique_infirmiere/oiiq-code-deontologie.pdf. Consulté le 19 mai 2017.

46.Awofeso N. What is the difference between 'primary care' and 'primary healthcare' ? *Quality in Primary Care* 2004; 12: 93-4.

47.St-Pierre M, Legault-Mercier S, Grégoire L, Côté L. La responsabilité populationnelle chez les médecins de cabinet privé en lien avec les CSSS: enjeux et impacts sur la première ligne. *Revue Canadienne de Santé Publique* 2010; 102(6): 437-40.

48.Ministère de la santé et des services sociaux. Données sur l'accès aux services de première ligne. Accès aux services médicaux de première ligne. 2017. Disponible sur www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/. Consulté le 19 mai 2017.

49.Chassin Y, Moreau A (Institut économique de Montréal). Clinique de superinfirmières: une solution flexible pour un meilleur accès aux soins de santé. 2016. Disponible sur www.iedm.org/files/note0516_fr.pdf. Consulté le 19 mai 2017.

50.Sousa Santos B. A Non-Occidental West?: Learned Ignorance and Ecology of Knowledge. *Theory, Culture & Society* 2009; 26(7-8): 103-25.

51.Laurent M. Demain. Move Movie, France 2 Cinéma, Mars Film, Mély Productions. 2016. Disponible sur www.youtube.com/watch?v=i0hS1yMc71o. Consulté le 25 mai 2017.

52.Chulach T, Gagnon M. Working in a 'third space': a closer look at the hybridity, identity and agency of nurse practitioners. *Nursing Inquiry* 2016 ;23(1): 52-63.

53.Porter I. La clinique SABSA «sauvée». *Le Devoir*. 2016. Disponible sur www.ledevoir.com/societe/sante/474552/la-clinique-sabsa-sauvee. Consulté le 15 octobre 2017.

54.Daoust-Boisvert A. La clinique SABSA devient partenaire de Québec. *Le Devoir*. 2016. Disponible sur www.ledevoir.com/societe/sante/480415/. Consulté le 19 mai 2017.

55.Langlois L, Tanguay D, Fillion L, Robitaille M-A. La sensibilité éthique: une fenêtre pour combattre les inégalités de pouvoir entre les groupes. *Recherches Féministes* 2015;

28(1):115-33.

56.D'Amour D, Tremblay D, Bernier L. Les pratiques professionnelles de réseaux: l'intégration au-delà des structures. Dans: *Le système sociosanitaire au Québec: Gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaetan Morin, 2007; 273-87.

57.Association des infirmières et infirmiers du Canada. Le désarroi éthique dans les milieux de soins de santé. 2003. Disponible sur www.cna-aic.ca/~media/CNA/Page-Content/PDF-FR/Ethics_Pract_Ethical_Distress_Oct_2003_f.pdf. Consulté le 28 juillet 2015.

58.hooks b. *Feminist Theory: From Margin to Center*. 2nd Edition. Cambridge: South End Press, 2000.

59.Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2000 infirmières praticiennes spécialisées d'ici 2024-2025 pour donner des soins de santé. 2017. Disponible sur www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1288. Consulté le 22 mai 2017.

60.Hébert G (Institut de recherche et d'informations socioéconomiques). *Les médecins au pied du mur*. 2016. Disponible sur www.iris-recherche.qc.ca/blogue/les-medecins-au-pied-du-mur. Consulté le 25 mai 2017.

Remerciements

GM remercie les organismes suivants pour leur soutien financier à ses études doctorales: le Fonds de recherche du Québec en santé, le Gouvernement de l'Ontario, l'Unité de recherche sur l'histoire du nursing, l'Université d'Ottawa, l'École des Sciences infirmières de l'Université d'Ottawa, le Centre de recherche en civilisation canadienne-française, le Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités et le Collège des Chaires sur la francophonie canadienne de l'Université d'Ottawa. LCO remercie le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec pour son soutien financier à ses études d'infirmière praticienne spécialisée. Enfin, nous remercions les réviseurs qui ont été généreux dans leurs commentaires, permettant ainsi d'améliorer la qualité de ce texte.

Pour contacter les auteurs:

*Geneviève McCready, B.Sc.N., M.Sc., Ph.D.(c)
Université d'Ottawa
École des sciences infirmières
451 rue Smyth
Ottawa, Ontario
K1H 8M5
CANADA
Courriel : gmccr069@uottawa.ca*

*Lucie-Catherine Ouimet, B.Sc.N., M.A., D.E.S.S.
Étudiante au programme IPSPL
Université Laval
Faculté des sciences infirmières*