

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LUTTER AU SEIN DES INSTITUTIONS : ACTION COLLECTIVE ET TRAVAIL EN
SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN SOCIOLOGIE

PAR

JOËLLE DUSSAULT

JUILLET 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont aux personnes qui ont eu la générosité de me partager leurs expériences militantes. C'est grâce à vos luttes que cette thèse voit le jour. Merci d'oser désobéir. Pour la suite, je vous souhaite plus de reconnaissance, de solidarité et de transgression.

Manu, merci de m'accompagner, d'être là quand j'en ai besoin. Merci pour les rires, merci d'être indigné pis pour toutes les discussions. Comme le dit si bien Solange, « Que ça continue! ». Les ami·es! Je n'ose pas vous nommer tant je crains d'oublier une des merveilleuses personnes qui m'ont accompagnée durant ces dernières années. Vous vous reconnaissez. Merci pour les échanges, les encouragements, les parcs et pour les soirées à penser à autre chose.

En étudiant le travail des femmes au Québec, j'ai pu découvrir tout un pan de la vie de ma mère que je ne connaissais pas. Son histoire, c'est un peu l'histoire de toutes les femmes précaires qui ont voulu s'émanciper. Merci maman pour ton travail et ton audace.

À toi et à toutes les femmes.

L'une des choses qui a caractérisé mon parcours au doctorat est le soutien que j'ai eu de la part de mon directeur Marcos Ancelovici. Peu de gens ont la chance de trouver une direction de thèse avisée et rigoureuse comme celle que j'ai eu la chance d'avoir. Je tiens également à exprimer toute ma gratitude envers les membres de mon jury d'évaluation de thèse : Isabelle Courcy, Elsa Galerand et Mélanie Bourque. C'est un privilège de recevoir des conseils de chercheuses si compétentes et engagées. Je remercie également Pascale Dufour et Marie-Chantal Doucet pour les opportunités professionnelles et les discussions enrichissantes.

Je salue le travail des professionnelles du département de sociologie de l'UQAM et celui du personnel des laboratoires informatiques qui m'ont sauvé la mise plus d'une fois. Je remercie également toutes les personnes qui ont milité pour une université accessible, ouverte et diversifiée.

Mon parcours au doctorat s'est bien déroulé notamment grâce à l'accès au financement continu de mes recherches. Je remercie le Fonds de recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC) pour le financement de mes premières années au doctorat. Le financement de la recherche par des fonds publics est un facteur essentiel de la réussite des chercheur·euses de tous les niveaux. Je souligne

ici l'apport vital et inestimable des fonds publics à la recherche. Je ne peux qu'en souhaiter la conservation et l'expansion. Je remercie également la Chaire de recherche du Canada en Sociologie des conflits sociaux et l'Observatoire des profilages pour le financement de mes projets de recherche. Merci finalement au Syndicat des professeures et professeurs enseignants de l'UQAM, le SPPEUQAM, pour le financement de fin de thèse. Il s'agit d'un acquis de notre convention collective qui est indispensable et pour lequel je vous suis reconnaissante.

Il y a beau n'y avoir que mon nom sur la couverture de ma thèse, c'est toute une communauté d'entraide qui m'a soutenue et qui m'a permis de traverser la ligne d'arrivée. Solidarité!

DÉDICACE

À mon père,
Michel Dussault (1954-2016)
Merci pour l'étincelle qui m'a lancée sur une
nouvelle piste.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xi
LISTE DES SYMBOLES ET DES UNITÉS	xiii
RÉSUMÉ.....	xiv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 HISTORIQUE DES PROFESSIONS ET DES POLITIQUES SOCIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ : POUR UNE ANALYSE FÉMINISTE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC	14
1.1 Historique des professions, des gardes-malades aux soins infirmiers.....	16
1.2 Historique des professions, le travail social	23
1.3 Historique des politiques sociales et effets sur l'institution de la santé	29
1.3.1 Aux fondements de la santé : privatisation et travail des femmes	30
1.3.2 Organisation du réseau national de santé et de services sociaux	32
1.3.3 Principales réformes et impacts sur les politiques sociales.....	34
CHAPITRE 2 ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE D'ANALYSE SÉLECTIONNÉ ...	45
2.1 Mouvement social.....	45
2.1.1 Mobilisation des ressources	49
2.1.2 Cadrage	50
2.2 Analyse du contexte : processus politique et structure des opportunités politiques.....	52
2.2.1 Structure des opportunités politiques	54
2.2.2 Structure des opportunités spécifiques.....	56
2.3 Analyse des facteurs culturels : l'identité collective, le réseau social et les émotions	59
2.3.1 Nouveaux mouvements sociaux.....	59
2.3.2 Identité collective	60
2.3.3 Réseau, délimitation et autres processus identitaires	63
2.3.4 Émotions	65

2.4 Analyse des rapports sociaux : espace de la cause des femmes, régime genré et rapports sociaux de sexe.....	67
2.4.1 Espace de la cause des femmes.....	67
2.4.2 Régime genré.....	69
2.4.3 Rapports sociaux de sexe.....	71
2.4.4 Bref historique de la division sexuelle du travail : de l’exploitation du travail domestique à l’exploitation salariée.....	73
2.5 Intersection conceptuelle pour expliquer l’hypothèse de travail.....	76
2.6 Conclusion de chapitre.....	78
CHAPITRE 3 MÉTHODE.....	79
3.1 Rapport à la connaissance et positionnement épistémologique.....	79
3.2 Devis de recherche initial, réorganisation et enjeux éthiques.....	83
3.3 Introduction au terrain.....	86
3.3.1 Étude de cas.....	86
3.3.2 Comparaison.....	87
3.3.3 Population.....	88
3.3.4 Recrutement.....	89
3.4 Profil des personnes interrogées pour les entretiens de groupe.....	91
3.5 Collecte de données.....	99
3.5.1 Triangulation des outils de collecte de données.....	99
3.5.2 Corpus militant.....	100
3.5.3 Entretiens individuels avec coordinations de groupes.....	102
3.5.4 Entretiens de groupes en ligne et suivis individualisés.....	103
3.5.5 Journal de bord.....	108
3.6 Codage et processus analytique.....	109
3.6.1 Étapes de l’analyse thématique et comparée.....	110
3.7 Rapport au traitement des informations.....	112
3.8 Conclusion de chapitre.....	113
CHAPITRE 4 CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET OPPORTUNITÉS POLITIQUES.....	114
4.1 Centralisation.....	115
4.2 Taille de la structure.....	117
4.3 Suppression d’espaces décisionnels.....	119
4.4 Bon gestionnaire.....	119
4.5 Vignette sur les effets du contexte de réforme sur la mobilisation.....	121
4.6 L’opportunité d’agir des métiers relationnels au prisme de la division sexuelle du travail.....	128
4.6.1 La division sexuelle du travail en santé et services sociaux.....	129

4.7	Stratégies de contrôle par le genre, l'exemple de la double contrainte	134
4.7.1	Exemplification du contrôle des infirmier·ères par le TSO	137
4.7.2	Impact du TSO sur l'action politique.....	143
4.7.3	Exemplification du contrôle en travail social par la charge de travail.....	145
4.8	Conclusion de chapitre	150
CHAPITRE 5 LES POSSIBILITÉS DE PASSAGE À L'ACTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE SELON LA STRUCTURE DES OPPORTUNITÉS POLITIQUE.....		155
5.1	Stratégies individuelles.....	156
5.1.1	Dire « non ».....	157
5.1.2	Documenter les problèmes du milieu de travail.....	161
5.1.3	Les pratiques discrètes comme forme d'action individuelle.....	165
5.1.4	Socialisation masculine et perception de l'ouverture politique	169
5.2	Passage à l'action collective	171
5.2.1	Actions autonomes collectives : la dénonciation	174
5.3	Conclusion de chapitre	179
CHAPITRE 6 IDENTITÉ COLLECTIVE		182
6.1	Retour définitionnel et débats conceptuels.....	183
6.2	Identité collective, socialisation professionnelle et représentations sociales genrées	184
6.2.1	Socialisation, clarté de l'identité professionnelle et capacité à la politiser.....	186
6.2.2	Effets des représentations sociales sur la construction identitaire professionnelle.....	188
6.3	Socialisation professionnelle et genre	194
6.4	Le choc moral et les émotions comme déclencheurs de la politisation de la défection	200
6.5	Identité professionnelle et militante, réseau social et perception de l'ouverture politique ..	205
6.5.1	Travail social et confrontation en équipe	207
6.5.2	Soins infirmiers et confrontation en équipe	209
6.5.3	Analyse comparée des actions collectives de confrontation	212
6.6	Influence de la délimitation sur le processus de mobilisation et sur l'identité collective	218
6.6.1	Humour et travail de l'identité professionnelle politisée	219
6.6.2	Délimitation par la campagne <i>Bas les masques!</i> en soins infirmiers	224
6.6.3	Conclusion de section	226
6.7	Conclusion de chapitre	227
CONCLUSION		232
ANNEXE A PRÉSENTATION DES GROUPES COMPOSANT LE CORPUS MILITANT...246		
ANNEXE B CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE		250
ANNEXE C GRILLE D'ENTRETIEN POUR COORDINATION DES GROUPES		251

ANNEXE D PREMIER APPEL À PARTICIPATION	256
ANNEXE E SECOND APPEL À PARTICIPATION.....	258
ANNEXE F FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....	259
ANNEXE G GRILLE D'ENTRETIEN DE GROUPE.....	262
ANNEXE H GRILLE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL.....	267
BIBLIOGRAPHIE	270

LISTE DES FIGURES

Figure 6.1 Action de collage féministe dans l'espace public	190
Figure 6.2 <i>Meme</i> sur la formation en travail social	221
Figure 6.3 <i>Meme</i> sur la complexité du travail social.....	222
Figure 6.4 <i>Meme</i> sur la prise de parole en travail social	223

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 Les Commissions d'enquête et les groupes de travail en santé.....	36
Tableau 3.1 Profil sociodémographique des participant·es; l'identité de genre.....	94
Tableau 3.2 Profil professionnel des participant·es; l'expérience professionnelle.....	95
Tableau 3.3 Profil professionnel des participant·es; Région de l'emploi	96
Tableau 3.4 Profil professionnel des participant·es; lieu de travail	98

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

2SLGBTQIA+	Bispirituel·les, lesbiennes, Gais, Bisexuel·les, Transgenres, Queer, Intersexes, Asexuel·les ou en questionnement et d'autres orientations sexuelles et identités de genre.
AQII	Association québécoise des infirmières et infirmiers
ÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CHSLD	Centres d'hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CI(U)SSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse
CSSS	Centres de la santé et des services sociaux
GMF	Groupe de médecine familiale
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
OCCI	Outils de cheminement clinique informatisé
OIIQ	Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec
OrgStruc	Organisation structurelle coconstruite de la praticienne réflexive
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
NGP	Nouvelle gestion publique

RECIFS	Regroupement, Échanges et Concertation des intervenantes et formatrices en social
TS	Travailleur social et travailleuse sociale
TSO	Travail supplémentaire obligatoire

LISTE DES SYMBOLES ET DES UNITÉS

n Nombre total

RÉSUMÉ

Ma thèse porte sur les freins et sur les facilitateurs de l'action politique menée dans un cadre institutionnel. Partant de la réforme de 2015 en santé et services sociaux au Québec, j'y compare les facteurs de mobilisation entre les professions dont le travail relève du soin et de l'accompagnement (*care*), soit les soins infirmiers et le travail social.

Bien que cette réforme ait été critiquée pour l'intensité des changements qu'elle a amenée, elle s'inscrit dans la lignée de néolibéralisation des services sociaux des réformes précédentes. Malgré l'indignation qu'elle provoque, la contestation n'est pas uniformément visible d'une profession à l'autre. Certaines, comme celles menées en contexte des soins infirmiers, sont plus visibles. D'autres, comme en ce qui a trait au travail social, semblent moins actives. Mais est-ce réellement le cas? Partant du concept de structure des opportunités spécifiques et des théories de l'identité collective, je soutiens que l'effet structurant des rapports sociaux de sexe sur le contexte et l'identité explique les variations de mobilisation entre métiers relationnels de la santé et des services sociaux. Si la réforme de 2015 ne crée pas de nouvelles inégalités, elle les reproduit et les accentue néanmoins. Les données montrent que la réforme a un effet particulier sur les métiers relationnels en précarisant leur travail et en fermant davantage leurs opportunités d'agir sur le plan politique.

La thèse repose sur une triangulation des données dont le cœur est composé d'entretiens de groupe en ligne et individuels auprès de 20 personnes en soins infirmiers et 20 en travail social ayant permis d'identifier plusieurs contraintes à l'action politique. Les conditions qui découlent du contexte organisationnel placent fréquemment les professionnel·les des soins infirmiers et du travail social en situation de souffrance au travail. Néanmoins, la charge de travail et les possibilités de repréailles limitent la capacité à passer à l'action. Devant la complexité de l'institution de la santé, cibler ce qui pose problème devient compliqué. Les métiers relationnels peinent également à se défaire des effets des rapports sociaux de sexe sur leur travail. On en constate les effets à partir de la hiérarchisation des professions, qui disqualifie les tâches liées au soin et à l'accompagnement, réduisant également leur place dans les espaces décisionnels. La réification de représentations comme l'ange gardien témoigne quant à elle de la prégnance de l'historique de vocation pour ces professions.

Malgré ces contraintes, les employé·es réussissent à développer des formes de contestation. Majoritairement effectuée à l'échelle locale, la mobilisation sert à protéger la qualité des soins et les conditions de travail immédiates. On y retrouve un vaste répertoire d'action collective, mais également individuelle. Ce répertoire comprend une partie importante d'actions qui se mènent de manière discrète et diffuse. On y dénote également des moyens de confrontation que peu de métiers osent adopter. La variation entre les soins infirmiers et le travail social s'explique par l'intersection d'une identité professionnelle plus claire en soins infirmiers, un réseau de collègues plus stable ainsi qu'un répertoire d'action plus fourni auquel se référer. Ce faisant, les personnes en soins infirmiers mènent plus d'actions ouvertement contestataires.

Cette thèse comporte deux contributions théoriques principales. Tout d'abord, elle contribue substantiellement à la sociologie des mouvements sociaux, dont la littérature tend à opposer mouvements sociaux et État. L'analyse de mobilisations de professionnel.les en santé et services sociaux démontre une vie politique active par des acteurs et actrices institutionnels, dans une institution. Plus encore cette rend compte de l'action discrète et individuelle, des moments de latence ainsi que de que l'action politique intra-institutionnelle qui se déroulent dans les institutions comme des formes de conflictualité subversives au travail. En étudiant l'influence des rapports sociaux de sexe à la fois sur le travail et sur l'action politique, cette thèse contribue en second lieu à éclairer les effets des rapports sociaux sur l'organisation des institutions. Plutôt que de traiter isolément les rapports sociaux de sexe, le contexte de l'action collective et les éléments culturels, il est possible d'en faire une théorisation multidimensionnelle des variations de l'action collective et des conflits de travail.

Mots-clés : action politique, identité, contexte, rapports sociaux de sexe, santé et services sociaux, travail du *care*

ABSTRACT

My thesis focuses on the limits and facilitators of political action carried out within an institutional framework. Starting with the 2015 health and social services reform in Quebec, I compare mobilization factors between care professions, namely nursing and social work.

Although the 2015 reform is criticized for the intensity of the changes it brings, it follows the neoliberalization of social services of previous reforms. Despite the outrage provoked by the 2015 reform, the protest is not uniformly visible from one profession to another. Some, such as nursing, are more noticeable. Others, like social work, seem less active. But is this really the case? Drawing on the concept of the structure of specific opportunities and theories of collective identity, I argue that the structuring effect of gendered social relations on context and identity explains the variations in mobilization between relational professions in health and social services. While the 2015 reform does not create new inequalities, it does reproduce and accentuate them. Data show that the reform has a particular effect on relational professions, by making their work more precarious and further closing off their opportunities for political action.

The thesis is based on a triangulation of data, the core of which is made up of online group and individual interviews with 20 people in nursing and 20 in social work, which identified several constraints to political action. Conditions arising from the organizational context frequently place nursing and social work professionals in a state of suffering. To cope, some people decide to take political action. Still, workload and the possibility of reprisals limit the ability to take action. Given the complexity of the healthcare institution, professionals have difficulties pinpointing the causes of their problems. Relational professions are also struggling to shake off the effects of gendered social relations on their work. The effects can be seen in the hierarchical structure of professions, which disqualifies care and support tasks while reducing their role in decision-making. The reification of representations such as the guardian angel testifies to the pervasiveness of the historical vocation for these professions.

Despite these constraints, employees manage to develop their own forms of protest. Mostly carried out on a local scale, mobilization serves to protect the quality of care and immediate working conditions. They developed a vast repertoire of collective and individual actions. Their repertoire includes a significant proportion of actions that are discrete and diffuse. At the same time, they use means of confrontation that few other professions dare. The variation between nursing and social work can be explained by the intersection of a more defined professional identity in nursing, a more stable network of colleagues and a fuller repertoire of actions to refer to. In so doing, people in nursing take more overtly contentious action.

This thesis makes two main theoretical contributions. Firstly, it makes a substantial contribution to the sociology of social movements, whose literature tends to oppose social movements and the state. The analysis of mobilizations by health and social services professionals demonstrates the active political life of institutional actors within an institution. More than that, it accounts for the discrete, individual action, the abeyance process and the intra-institutional political action that take place in institutions as forms of subversive conflict in the workplace. By studying the influence of gender relations (*rapports sociaux de sexe*) on both work and political action, this thesis makes a second contribution to shedding light on the effects of social relations on the organization of

institutions. Rather than treating gender relations, the context of collective action and culture separately, it is possible to turn them into a multidimensional theorization of variations in collective action and labor conflicts.

Keywords: political action, identity, context, gendered social relations, health and social services, care work

INTRODUCTION

Travail social

Jeanne travaille depuis quatre ans dans le programme de soutien à domicile d'un CLSC. L'équipe de 12 travailleuses sociales dont elle fait partie effectue des interventions à domicile afin que les individus puissent rester dans leur foyer le plus longtemps possible, l'objectif étant de maintenir une bonne qualité de vie, tant pour eux que pour leurs proches.

Lors d'une de leur rencontre hebdomadaire dans les bureaux du CLSC, la gestionnaire directe du programme informe les membres de l'équipe de l'entrée en vigueur de nouvelles directives. Suivant l'évaluation effectuée par une firme externe, il est annoncé que le temps consacré à un dossier devra être plus court. Une série de mesures est recommandée, incluant une durée indicative pour chaque type d'intervention. Le but de ces mesures est d'augmenter l'efficacité des travailleuses dans leur accompagnement et de répondre aux quotas imposés par la direction de l'établissement. Pour aider les professionnelles à s'orienter dans l'atteinte de leur objectif, un tableau est ajouté dans le couloir où se trouvent leurs bureaux. On peut y voir le nombre de dossiers assignés à chaque membre de l'équipe et le temps consacré à chacun de leurs dossiers. Cette station visuelle permet de prendre rapidement connaissance des tâches accomplies et de celles à faire.

Après quelques semaines, le tableau indique que Manon a du retard dans presque tous ses dossiers. On la voit moins souvent dans les couloirs et la porte de son bureau est plus fréquemment fermée qu'auparavant. En abordant la question avec Manon, Jeanne constate que sa collègue peine à trouver le temps d'accomplir toutes les tâches nécessaires à chaque accompagnement en respectant les nouvelles directives. Pourtant, Manon fait figure de référence dans l'équipe : faisant partie de l'équipe des soins à domicile depuis plus de vingt ans, elle a accueilli toutes ses collègues et a aidé à leur formation.

Afin d'évaluer la situation et soutenir Manon dans l'atteinte des objectifs de l'équipe, sa gestionnaire entame avec elle une série de rencontres hebdomadaire. En examinant le temps que Manon consacre à chaque tâche et à chaque dossier, un plan d'action est établi et celui-ci sera discuté chaque lundi après-midi. Rapidement, Manon constate qu'elle n'arrive toujours pas à atteindre les objectifs tout en menant les interventions qu'elle juge adéquates pour chaque personne accompagnée. En outre, les rencontres hebdomadaires pour parler de sa performance lui prennent du temps. Après quelques rencontres, Manon confie à Jeanne qu'elle se sent surveillée, qu'elle a l'impression d'être constamment en évaluation et que son jugement professionnel n'est pas toujours respecté. Elle dit vivre à la fois de la frustration et de l'impuissance.

Trois semaines plus tard, Jeanne apprend que Manon est en arrêt de travail. Jeanne comprend tout de suite que cet arrêt de travail est lié aux échanges qu'elles ont eu à propos du sentiment de frustration et d'impuissance de Manon. Indignée par la situation, Jeanne mentionne pendant la rencontre d'équipe qu'elle n'est pas d'accord avec les nouvelles directives de temps et bien que personne d'autre n'intervient sur le sujet, plusieurs de ses collègues hochent la tête en signe d'approbation. Un retour sur les objectifs des nouvelles modalités est alors fait par l'équipe de gestion, qui souligne également en rappel que l'attitude positive dans le milieu de travail constitue une pratique essentielle pour entretenir l'atmosphère idéale. Face à cette réponse, Jeanne rédige une lettre demandant que la station visuelle soit enlevée et que les temps d'intervention suggérés soient revus à la hausse. Chaque membre de l'équipe accepte ensuite de signer cette lettre pour l'envoyer à la gestionnaire immédiate et à sa supérieure. Deux jours plus tard, Jeanne apprend que sa gestionnaire a été rencontrée par deux de ses supérieures, après quoi Jeanne sera également convoquée en rencontre avec ces deux paliers de gestion. Elle ne connaît pas la seconde gestionnaire et trouve la situation plutôt intimidante. Au sortir de la réunion, elle comprend que son initiative n'est pas la bienvenue et que les demandes de l'équipe sont refusées. On lui fait également remarquer que les patient·es ont besoin des intervenantes et que les mesures pourront être revues par une firme externe ultérieurement. Lorsque Jeanne résume la rencontre à ses collègues, l'une d'entre elles suggère une grève du zèle : il s'agit d'exécuter à la lettre toutes les tâches demandées pour chaque dossier, sachant que cela aura pour effet de causer des retards pour toutes les intervenantes. Le groupe est d'avis que cette technique prouvera que les objectifs de temps par tâche et par dossier sont irréconciliables avec la quantité de tâches à effectuer. Leur

syndicat leur déconseille toutefois l'action, en précisant que cela pourrait avoir des conséquences, comme des notes au dossier. Étant toutes épuisées et fâchées de la situation, les intervenantes se demandent si le prix à payer en vaut la peine.

Soins infirmiers

À la fin du mois de février, les urgences de l'hôpital sont pleines. Des vagues successives de grippe et de rhume touchent particulièrement les personnes âgées et immunosupprimées. Les infirmiers et infirmières ont de ce fait des cas plus complexes à gérer et ceux-ci sont plus nombreux qu'à l'habitude. Le personnel est en sous-effectif depuis le début de l'hiver. Pour plusieurs, la vie familiale est difficile à gérer. Le temps supplémentaire obligatoire (TSO) est plus fréquent depuis décembre, de sorte qu'ils et elles peinent à trouver un service de garde flexible et à rester à la maison lorsque leurs propres enfants sont malades.

Voyant que la situation s'éternise, certain·es commencent à refuser plus fermement et plus systématiquement le TSO. Les infirmier·ères remarquent que certaines personnes sont plus souvent interpellées, soit celles nouvellement arrivées dans l'équipe et celles qui ont de la difficulté à mettre leurs limites. Pour que le TSO soit accepté, ce temps de travail est souvent payé en double. On tente également de convaincre les membres du corps infirmier de rester sur le milieu de travail en leur rappelant leur rôle d'aide à la population. Certaines personnes acceptent par peur d'avoir une note à leur dossier. Lors d'une rencontre d'équipe, l'infirmière-chef rappelle le devoir légal des infirmier·ères d'assurer la continuité des soins et le bien-être de la population. Quelques chroniques paraissent dans les médias à propos du temps d'attente dans les urgences, soulignant le manque chronique d'effectifs et le courage des infirmiers et infirmières de se présenter chaque jour « au front ».

Plusieurs des infirmier·ères de l'unité sont membres de groupes destinés aux professionnel·les des soins infirmiers sur les médias sociaux. En regardant les publications, ils et elles constatent que d'autres employé·es d'urgences au Québec font des *sit-in* pour exiger que les TSO soient décidés d'avance et qu'ils soient consultés. Les infirmier·ères des différents quarts de travail en discutent et décident d'attendre la prochaine demande de TSO pour faire leur propre *sit-in*. Deux jours plus tard, alors que l'équipe de gestion annonce avoir besoin de trouver trois infirmier·ères disponibles pour un TSO à moins de deux heures d'avis, le *sit-in* est déclenché. Toutes les personnes du quart de travail qui s'achève restent sur le milieu de travail sans qu'aucun·e n'accepte l'un des trois TSO. Les infirmier·ères qui entrent pour leur journée de travail sont également au courant de la situation. L'équipe exige que la conseillère syndicale, l'infirmière-chef et son supérieur viennent sur place afin de leur présenter l'horaire de la semaine et de décider ensemble du temps supplémentaire qui sera fait volontairement. L'ambiance est tendue et tout le monde est fatigué. Il faut attendre une heure et demie avant l'arrivée des gestionnaires et de la conseillère, puis trente minutes de discussion ont été nécessaires pour avoir accès à l'horaire. L'opération est un succès. Personne ne reçoit de note au dossier pour cette action et, dans les jours suivants, les demandes de TSO sont moins nombreuses.

Les infirmier·ères continuent d'échanger sur la situation durant leurs heures de travail ainsi que par une liste courriel. Ils et elles savent que dans certains milieux, les équipes effectuent des *sit-in* chaque semaine. Les membres de l'équipe discutent de cette possibilité et de leurs capacités à le faire. Quelqu'un souligne qu'un projet pilote a été implanté dans certaines unités de soin d'un CIUSSS où des *sit-in* avaient lieu à répétition. Ce projet permet aux infirmier·ères d'inscrire deux semaines à l'avance leur nom pour des quarts de travail supplémentaire, de sorte que le TSO y est maintenant rare. Quelqu'un d'autre rappelle par ailleurs les sanctions financières et la perte d'ancienneté que plusieurs infirmières ont subies durant la grève de 1998. Malgré cette peur, l'équipe décide de poursuivre avec l'idée des *sit-in*.

Ces mises en situation sont fictives, mais s'appuient sur les expériences des personnes que j'ai eu le plaisir de rencontrer au cours de mes recherches. Il s'agit de situations qui se retrouvent dans le système de santé et de services sociaux du Québec depuis plusieurs années et dont certains éléments contextuels sont particulièrement prégnants depuis la mise en application de la réforme de 2015 en santé et services sociaux.

Ce qui ressort des deux mises en situation est le reflet simplifié de tout ce qui se joue dans le milieu de travail des métiers relationnels en santé et services sociaux. Pour maintenir une cohérence entre les exigences du milieu et le sens de leur profession, les personnes rencontrées utilisent plusieurs stratégies individuelles et collectives de contestation. Malgré les nombreux freins rencontrés, ils et elles mobilisent toutes les ressources à leur disposition pour exercer leur métier en cohérence avec leur éthique professionnelle. Les pages qui suivent détaillent plus amplement ce que les personnes pratiquant des métiers relationnels vivent au quotidien dans l'institution de la santé ainsi que leurs moyens pour y faire face.

Comme l'illustrent les mises en situation, la pratique professionnelle en santé et services sociaux au Québec a récemment subi plusieurs changements organisationnels, principalement en lien avec l'entrée en vigueur en 2015 de la loi 10 : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services* (Éditeur officiel du Québec, 2014). Menée par le ministre libéral de la Santé et des services sociaux, Gaétan Barrette, la Loi 10 a été adoptée sous bâillon à l'Assemblée nationale en février 2015, puis mise en application le 1^{er} avril de la même année.

Cette loi implique notamment la fusion de plusieurs établissements, l'externalisation de services et une réduction de personnel dans plusieurs secteurs (Association médicale du Québec, 2017 ; Boivin, 2020, 2021; Bourque et al., 2019; Larivière, 2018; Plourde, 2017). Elle cristallise également des tendances initiées par les réformes précédentes : augmentation de la charge de travail sans ressources supplémentaires et diminution de l'autonomie professionnelle au profit d'une centralisation des pouvoirs décisionnels. L'application de ces mesures a, par exemple, déplacé les équipes de travail social initialement installées en Centre local de services communautaires (CLSC) vers les groupes de médecine familiale (GMF). Ce déplacement a comme implication de faire passer des services préventifs de première ligne aux GMF. Ces derniers sont financés par l'État tout en étant la propriété des médecins. Étant donné que plusieurs services se retrouvent maintenant

dans les GMF, les médecins y organisent les soins en collaboration avec d'autres professions (Gouvernement du Québec, 2018, 2022). L'impact de ce changement est notamment l'application d'une logique biomédicale au service social en plus de rendre ce dernier dépendant de l'assentiment d'un médecin pour effectuer un suivi (Boucher et al., 2018). Pour ce qui est à des soins infirmiers, les professionnel·les notent une augmentation du travail supplémentaire obligatoire (TSO). On y constate également l'usage d'agences privées afin de combler le manque de personnel, corrélé à une difficulté accrue de nommer son désaccord et d'exercer son jugement professionnel (Perron et al., 2020).

De nombreuses associations et syndicats se sont organisés dès 2015 afin de dénoncer la loi 10, à laquelle on attribue une détérioration des conditions de travail, et ce, dans un secteur d'emploi historiquement et toujours majoritairement occupé par les femmes. L'un des points communs des deux professions à l'étude est l'insatisfaction face aux conditions de travail et à la qualité des interventions qu'il est possible de faire. Bien que les deux corps professionnels soient aux prises avec des enjeux similaires découlant des mêmes politiques publiques, leurs réactions aux derniers changements organisationnels diffèrent. En outre, la mobilisation infirmière s'est démarquée des autres campagnes médiatisées en s'organisant de manière locale et autonome et se déroulant généralement durant les heures de travail et sur les lieux d'emploi. Cette situation a la particularité de sortir la mobilisation du répertoire syndical habituel en y amenant de nouvelles tactiques, mais également des revendications plus variées. Globalement, l'action collective semble plus fréquente en soins infirmiers qu'en travail social. Comme la mise en situation l'indique, les professionnel·les des soins infirmiers se rassemblent plus facilement et effectuent des actions d'une plus grande ampleur. L'exemple proposé en travail social se termine inversement sans résolution et sans indication concernant la capacité de l'équipe de travailleuses sociales à poursuivre leur campagne. Cette non-résolution de la mise en situation est délibérée, puisque l'hésitation à passer à l'action est fréquente en travail social et symptomatique d'enjeux systémiques qui nuisent à la mobilisation.

Ayant moi-même suivi un parcours en travail social et ayant constitué un réseau de collègues politisées travaillant dans les milieux institutionnel et communautaire, j'ai été surprise de constater que peu d'équipes de travail social se sont mobilisées suivant la réforme de 2015 et que très peu d'actions de masse ont été proposées par les syndicats. Malgré l'ampleur des besoins en travail social et l'indignation provoquée par la loi 10, les initiatives peinaient et peinent toujours à

rassembler les militant·es. C'est du moins l'impression que la couverture médiatique et les médias sociaux en donnaient. Pourtant, je savais que certaines personnes proposaient des actions de mobilisation dans leur milieu de travail et je me doutais que des actions avaient lieu. Je n'arrivais toutefois ni à les nommer ni à les trouver.

Suivant ces observations, je me suis demandé ce qui expliquait que ce soit principalement le domaine des soins infirmiers qui se mobilise, en me questionnant sur ce que leur processus de mobilisation a de particulier. Plus précisément, je me suis demandé si la néolibéralisation des services publics avait un effet différent sur la mobilisation de chaque profession. J'ai également voulu savoir si les rapports sociaux qui structurent et encadrent le travail pouvaient expliquer le type de mobilisation qu'on retrouve dans les métiers relationnels, c'est-à-dire les métiers historiquement occupés par des femmes et qui se réfèrent à l'écoute, aux soins et à l'accompagnement. Ma recherche vise en ce sens à comprendre l'ensemble des facteurs qui expliquent la variation dans les processus de mobilisation des groupes de professionnel·les du secteur public, en comparant le domaine du travail social et celui des soins infirmiers depuis 2015.

Afin d'explorer les réactions à la loi 10, je m'intéresse d'abord aux mobilisations menées en soins infirmiers, puis, dans une perspective comparée, à celles en travail social. Bien qu'il soit possible d'analyser les mobilisations depuis 2015 en étudiant d'autres regroupements (professionnels ou citoyens), les cas susmentionnés retiennent l'attention en ce qu'ils se rejoignent à plusieurs égards. Spécialisés dans l'accompagnement et dans l'attention à l'autre, tous deux relèvent du travail du soin (*care*) et sont occupés à plus de 80 % par des personnes s'identifiant comme femme (Cloutier-Villeneuve et Rabemananja, 2016; Marleau, 2021; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017). Ces deux secteurs professionnels relèvent par ailleurs du même cadre institutionnel (ministère de la Santé et des Services sociaux), sont gérés par des instances similaires (ordres professionnels et syndicats nationaux), sont déployés dans des milieux de travail généralement partagés (secteur public) et sont affectés par la même politique sociale (loi 10). Pourtant, les démarches et processus de mobilisation de ces deux corps professionnels divergent à plusieurs égards. Comment expliquer cette variation?

Objectifs de recherche

Ma thèse poursuit trois objectifs principaux : (1) saisir les effets du plus récent changement organisationnel sur les conditions de travail et sur la qualité des soins donnés par des professionnel·les relevant du travail du soin (*care*); (2) identifier les manières de se mobiliser chez des professionnel·les de la santé et des services sociaux dans le cadre de leur emploi; il s'agit de dégager les modes d'action envisagés, ceux qui sont écartés et les facteurs qui facilitent ou nuisent au passage à l'action; finalement, (3) comprendre le rôle des rapports sociaux de sexe et de leur institutionnalisation dans la capacité de mobilisation des professionnel·les.

Approche théorique

L'approche théorique au cœur de cette thèse s'appuie sur la sociologie des mouvements sociaux et sur les études féministes des rapports sociaux de sexe. Je mobilise trois concepts principaux dans le but de les faire dialoguer. Le concept de *structure des opportunités spécifiques* (Giugni, 2008) est mobilisé afin de rendre compte des éléments contextuels locaux qui peuvent faire varier la manière de faire de l'action politique. Dans ce cas-ci, il s'agit d'analyser l'impact de l'organisation des services, du style de gestion et de l'organigramme des établissements depuis 2015 sur l'action politique du travail infirmier et du travail social. *L'identité collective* (Flesher Fominaya, 2018) est quant à elle utilisée afin d'explorer des éléments culturels qui teintent la manière d'un individu de comprendre et de politiser son rôle professionnel. En analysant les composantes de l'identité collective soulevées par Christina Flesher Fominaya (2010, 2018), j'analyse les manières dont la militance intra-institutionnelle est affectée par le développement d'un sentiment d'appartenance à l'équipe de travail ou à l'établissement, par les émotions, par les représentations sociales, par le réseau social et par la socialisation. Finalement, le concept de *rapports sociaux de sexe* (Guillaumin, 1978a, 1978b; Hirata et Kergoat, 2008; Kergoat et al., 1992) sert à analyser les manières dont les construits sociaux liés à une binarité sexuée se reproduisent, de sorte à maintenir les rôles et les structures telles qu'elles sont dans notre société. Il s'agit ici de comprendre dans quelle mesure l'institution de la santé et des services sociaux est tributaire des rapports sociaux de sexe, et si ceux-ci ont une incidence sur l'organisation des établissements, l'organisation du travail et l'interaction entre professionnel·les.

Bien que la culture et le contexte s'influencent mutuellement, j'ai décidé de les analyser séparément pour une partie de la thèse. Cela m'a aidé à défricher la multitude de pistes qui se présentait à moi en début de terrain pour comprendre l'action politique des métiers relationnels. La littérature tend d'ailleurs à traiter du contexte et de la culture séparément. Les recherches sur la dynamique des mobilisations insistent souvent sur les effets du contexte national. Les approches qui mettent de l'avant la culture ont, quant à elles, tendance à expliquer la mobilisation en fonction du cadrage, de facteurs identitaires ou par les émotions. Mais en quoi ces éléments exerceraient-ils une influence différenciée sur les métiers relationnels comme les soins infirmiers et le travail social? Pourquoi le contexte pèserait-il différemment sur un métier plutôt que sur l'autre? En quoi l'identité facilite-t-elle l'action au sein de certaines professions?

C'est donc à partir d'une approche féministe que j'ai pu réfléchir à ce qu'avaient de particulier ces éléments pour les métiers relationnels et leur activité politique. Tous les aspects de la société, des mouvements sociaux aux professions, sont traversés par les rapports sociaux de sexe. En naturalisant des catégories socialement construites, on y associe des rôles, des places et des fonctions qui structurent ensuite le rapport à soi et au social et donc, forcément, au travail et au politique. Ainsi, si les rapports sociaux de sexe ne sont pas suffisants à eux seuls pour expliquer les variations entre les mobilisations, ils font tout de même office de facteur constitutif de l'explication. J'en suis venu à poser les rapports sociaux de sexe comme un facteur structurant de l'institution de la santé et des services sociaux. En ce sens, les rapports sociaux de sexe modèlent le contexte organisationnel et les éléments culturels comme l'identité. Il s'agit de considérer que les rapports sociaux de sexe conditionnent la structure des opportunités et l'identité, dont se saisissent ensuite les professionnel·les qui politisent leur travail. Les concepts utilisés pour ma thèse – structure des opportunités spécifiques, identité collective et rapports sociaux de sexe – ne sont donc pas traités en vase clos. Ils seront parfois utilisés séparément, mais ils seront principalement mis en relation l'un à l'autre afin de rendre compte avec le plus d'exactitude possible des manières dont les rapports sociaux de sexe structurent le contexte de l'action collective et les dynamiques identitaires.

Méthode

J'ai effectué une recherche qualitative afin de répondre à mes questions de recherche. Puisque je parlais d'hypothèses de recherche et d'un cadre théorique prédéfinis, j'ai élaboré un devis de recherche ayant une partie déductive et une autre inductive. Le cœur de la collecte de données se compose d'entretiens auprès de 20 personnes en soins infirmiers et 20 personnes en travail social. Les personnes sélectionnées se sont toutes mobilisées dans le cadre de leur emploi depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, en 2015. Dans le contexte du confinement lié à la pandémie de COVID-19, j'ai modifié mon devis de recherche initial afin d'effectuer le recrutement en ligne et de sorte à mener des entretiens de groupe synchrone en ligne. Accompagnés d'un suivi individuel, ces entretiens ont permis de recueillir des informations sur les effets perçus de la réforme sur personnes pratiquant des métiers relationnels ainsi que sur leur rapport à la mobilisation dans le cadre de leur travail. Plus largement, cette méthode a permis de mettre en commun leurs expériences et leur réflexivité. J'ai également effectué un entretien individuel auprès de six coordonnateur·trices de groupes militants des deux professions et fait une recension des publications de quatre groupes Facebook dans lesquelles des personnes politisées en soins infirmiers et en travail social échangent sur des enjeux liés au travail. L'ensemble de ces données a ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu par thématisation (Nowell et al., 2017) à l'aide du logiciel NVivo.

Structure de la thèse

Outre l'introduction et la conclusion, ma thèse compte six chapitres que l'on peut diviser en quatre grandes sections. La première section de la thèse est composée d'un chapitre sur le contexte de travail en santé et services sociaux et d'un chapitre traitant de la littérature sur les facteurs de variation de l'action politique. Le premier chapitre effectue un historique analytique de la formation des professions à l'étude et des politiques sociales en santé. L'analyse néo-institutionnaliste et féministe que j'effectue indique que ce milieu fait l'objet d'une privatisation progressive et d'un désengagement de l'État constant reposant, notamment, sur la division sexuée du travail. En couvrant à la fois la construction professionnelle et militante des soins infirmiers et du travail social, ce chapitre contribue à mettre de l'avant une histoire féministe de l'institution de la santé et des services sociaux, ce que très peu de travaux ont fait jusqu'à présent au Québec. Le second chapitre est consacré quant à lui à présenter les manières dont la littérature en sociologie des

mouvements sociaux, études féministes et, plus marginalement, sociologie du travail explique les mobilisations. À partir d'une revue de la littérature, mon cadre théorique propose notamment une définition du concept de mouvement social qui permet à la fois d'étudier les particularités de mon terrain et d'éviter les écueils des définitions précédentes. Le survol des explications des variations en matière de militantisme m'a amené à un cadre d'analyse centré sur les concepts de structure des opportunités politiques, d'identité collective et de rapports sociaux de sexe.

La seconde grande section est composée du chapitre trois, traitant de la méthode que j'ai utilisée afin d'évaluer mes hypothèses de travail. Mon chapitre sur la méthode présente le mode de collecte de données que j'ai développé en tout début de pandémie de COVID-19, alors qu'il était interdit de mener des enquêtes de terrain en présentiel. Ayant déjà fait l'objet d'une publication scientifique (Dussault, 2022a), cette méthode en ligne synchrone facilite la recherche auprès de personnes de régions éloignées et celles qui ont des contraintes de temps. C'est tout particulièrement le cas pour les femmes qui doivent articuler le temps consacré au travail à celui consacré au soin de la famille (Descarries et Corbeil, 2002) et à d'autres occupations comme le militantisme. Les chapitres d'analyse reposent principalement sur les entretiens de groupes et individuels effectués. Les autres données, soit le corpus militant et le journal de bord, ont contribué à ma compréhension des phénomènes que j'étudie, mais restent moins centrales. Je leur dédie un espace en annexe pour en présenter le contenu, sachant qu'il sera moins repris dans les chapitres subséquents.

La troisième grande section de ma thèse regroupe deux des trois chapitres d'analyse. Le chapitre quatre traite des manières dont le contexte organisationnel affecte les conditions de travail et l'action politique en soins infirmiers et en travail social depuis l'entrée en vigueur de la loi 10. Ce chapitre utilise principalement le concept de structure des opportunités spécifiques pour analyser la façon dont les personnes interrogées perçoivent le contexte dans lequel elles travaillent. Le chapitre cinq part des conclusions du chapitre précédent afin de présenter et analyser les actions individuelles et collectives dont les participant·es ont discuté durant les entretiens. L'analyse se concentre à la fois sur ce que le type d'ouverture politique spécifique permet comme action, mais également sur ce que les rapports sociaux de sexe font à la manière de se mobiliser.

La dernière section se compose du sixième chapitre. Celui-ci traite de l'importance de l'identité collective, professionnelle et militante, pour l'activité politique des métiers relationnels

institutionnalisés. Le chapitre insiste sur les effets de la socialisation, du réseau social, des émotions et du travail de délimitation (*boundary work*) sur le passage à l'action. Il est à noter que la division effectuée entre les éléments structurels et culturels qui font varier la mobilisation est un choix personnel pour faciliter l'analyse et la présentation des données. Chaque situation est évidemment le produit du contexte et de différents éléments culturels. Cependant, certaines situations ont semblé davantage relever du poids de la structure sur la pratique professionnelle et sur la mobilisation. Il en va de même avec les éléments culturels, notamment identitaires, qui expliquent davantage certaines situations plutôt que d'autres.

Contribution générale

Ma thèse contribue substantiellement à la sociologie des mouvements sociaux, dont la littérature tend à opposer mouvements sociaux et État (McAdam, 1999 [1982]; McAdam et al., 2001; Tarrow, 1998; Tilly, 1978). Cette dichotomie ne laisse que peu de visibilité à la partie des mobilisations qui s'organisent et se déroulent au sein des institutions (Banaszak, 2005, 2010; Bereni, 2012; Bereni et Revillard, 2018; Revillard, 2016). J'espère en ce sens élargir et approfondir notre compréhension des mobilisations contemporaines et de la forme que prend la défense des conditions de travail dans les services publics.

En étudiant l'influence des rapports sociaux de sexe à la fois sur le travail et sur l'action politique, ma thèse contribue à éclairer les effets des rapports sociaux sur l'organisation des institutions. Plutôt que de traiter isolément les rapports sociaux de sexe, le contexte de l'action collective et les dynamiques identitaires, je propose une théorisation multidimensionnelle des variations de l'action collective. Cette théorisation démontre l'imbrication des rapports sociaux au contexte comme à la culture. Pour l'institution de la santé et des services sociaux du Québec, ces conclusions indiquent que le processus néolibéral de privatisation des services publics est possible en partie parce qu'il repose sur une division sexuée du travail précarisant particulièrement les métiers relationnels et reposant sur l'externalisation de services vers d'autres milieux historiquement assignés aux femmes, dont la famille.

L'analyse féministe transversale des enjeux vécus sur un milieu de travail permet de mettre à jour un répertoire d'action collective qui, autrement, serait difficile à voir et pourrait passer pour une

période de latence. Mes travaux mettent de l'avant un répertoire comprenant des actions discrètes et généralement informelles, à la fois modelé par le poids des rapports sociaux institutionnalisés et construit grâce au travail militant de renégociation des rapports de pouvoir à l'échelle locale. Ma thèse présente en ce sens la reproduction de positionnements sociaux asymétriques dans le travail et dans la manière d'en appréhender l'action politique.

CHAPITRE 1

HISTORIQUE DES PROFESSIONS ET DES POLITIQUES SOCIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ : POUR UNE ANALYSE FÉMINISTE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Ce chapitre est consacré à la contextualisation de la professionnalisation des soins infirmiers et du travail social, ainsi qu'à la présentation des formes historiques de l'institution de la santé et des services sociaux au Québec. Le chapitre effectue une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise (rapports ministériels et associatifs, jugements de la cour) afin de dresser un portrait historique et critique de la trajectoire professionnelle des soins infirmiers et du travail social au Québec, ainsi que des principales réformes de la santé qui les ont affectés. L'aspect critique de la revue de la littérature provient à la fois d'une perspective féministe (Boivin, 2013, 2017, 2020; Briskin, 2012; Perron, 2013; Stake-Doucet, 2021a; Tremblay, 2014) et de l'analyse des réformes au regard des théories néo-institutionnalistes (Béland, 2010; Hacker, 2004; Immergut, 1992; Jenson et Sineau, 2001; Mahoney et Thelen, 2009; Peng, 2018a, 2018b; Thelen, 2004).

Plus précisément, la première et la deuxième section reviennent respectivement sur la formation du travail infirmier et du travail social. En repassant par les grandes périodes de structuration de ces deux professions, j'analyse l'impact des rapports sociaux de sexe sur la manière dont les soins infirmiers et le travail social ont été incorporés à la sphère salariée et aux services publics. L'analyse féministe révèle que la professionnalisation des soins infirmiers et du travail social est organisée depuis ses débuts afin de reproduire dans la sphère salariée la domesticité attendue des femmes et, donc, l'ordre social.

La seconde section du chapitre présente les principales phases de structuration de la santé et des services sociaux au Québec. L'institution de la santé et des services sociaux est comprise comme l'ensemble de règles formelles et informelles, de fonctionnements, d'instances et de rôles qui y ont cours. Cette définition renvoie à la fois au ministère qui en a la charge, aux politiques sociales et aux normes qui l'organisent, aux établissements et aux programmes qui la composent, ainsi qu'aux personnes qui l'habitent et à ce qui structure leurs interactions. Basé sur l'étude des politiques sociales émanant des Commissions et des groupes de travail en santé, ce chapitre situe les

principaux changements paradigmatiques guidant le référentiel en santé et services sociaux (Bourque et al., 2018; Grenier et al., 2014). La lunette néo-institutionnaliste adoptée pour l'analyse permet de comprendre que malgré le caractère public de cette institution, celle-ci s'inscrit dans une logique de privatisation progressive des services publics (Hacker, 2004; Thelen, 2004). On peut notamment l'observer dans les recommandations de groupes de travail mandatés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La mise en application de ces recommandations implique une succession de réformes dont le tournant néolibéral amplifie l'espace laissé à la capitalisation de la santé¹. L'analyse des différentes réformes et de l'organisation subséquente des services révèle des moments plus lents de privatisation, voire de latence, comme pour le cas du rapport Castonguay-Nepveu en 1970, mais on retrouve également des moments de privatisation rapide, comme lors de l'entrée en vigueur de la loi 10 en 2015. Malgré cette néolibéralisation, la phase de création du ministère de la Santé et des Services sociaux dans une logique providentialiste d'accès gratuit et universel à des services et des soins de qualité a été suffisamment diffusée et reprise par la société civile pour qu'elle teinte encore notre regard sur l'institution. Comme l'indique les chapitres d'analyse de la thèse, cette perception structure fortement le rapport au travail pour plusieurs des professionnel·les interrogé·es.

En adoptant une perspective féministe, le chapitre montre que cette privatisation est en partie rendue possible grâce au déplacement des tâches, des responsabilités et d'une certaine charge financière relevant du milieu de la santé et des services sociaux vers les milieux externes

¹ Plusieurs approches existent pour analyser le néolibéralisme; ne nommons que l'approche foucauldienne, les approches marxistes et celles de la philosophie économique (Cahill et al., 2018). Pour ce travail, j'utilise la définition de David Harvey dans son ouvrage *A brief history of neoliberalism* :

Neoliberalism is in the first instance a theory of political economic practices that proposes that human well-being can best be advanced by liberating individual entrepreneurial freedoms and skills within an institutional framework characterized by strong private property rights, free markets, and free trade. The role of the state is to create and preserve an institutional framework appropriate to such practices. (Harvey, 2010, 2)

Cette définition a l'avantage de rassembler de manière critique plusieurs caractéristiques qui transcendent les différentes approches du néolibéralisme. Entre autres, la définition souligne que le rôle de l'État est central dans le néolibéralisme. Plutôt que de se retirer, l'État intervient de façon continue pour favoriser l'économie et le principe néolibéral de concurrence (Cruikshank, 2016; Van Horn et Mirowski, 2015). Les institutions, autant bancaires qu'étatiques, ont en ce sens un rôle central pour faciliter le processus de néolibéralisation (Harvey, 2010; Streeck, 2018). Deux caractéristiques sont particulièrement à retenir pour l'étude des mobilisations de travailleurs et travailleuses de la santé. Comme mentionné, l'État et ses institutions ont un rôle actif pour favoriser le libre marché et la concurrence. Ensuite, le néolibéralisme, comme rationalité, « tend à structurer et organiser » le social (Dardot et Laval, 2010, 13). Les intérêts qui ont la primauté sont ceux des élites économiques et non ceux de la population (Cruikshank, 2016).

historiquement laissés aux femmes, comme le milieu communautaire et la famille. De la même manière que Louise Boivin (2020) démontre l'externalisation progressive de l'aide à domicile vers les secteurs privé et communautaire et vers le milieu familial, l'analyse des réformes et de leurs impacts sur les services indique qu'il s'agit d'une logique néolibérale institutionnelle et non d'un cas isolé.

1.1 Historique des professions, des gardes-malades aux soins infirmiers

Réservés aux religieuses, les soins infirmiers qui précèdent le XIX^e siècle s'occupent de tâches non rémunérées, tout particulièrement dans le milieu francophone et catholique. Le volet anglophone des soins infirmiers est en revanche plus rapidement investi par des personnes laïques, dont d'ancien·es patient·es. Les établissements anglophones fonctionnent en effet davantage à partir d'une logique philanthropique dans laquelle la congrégation religieuse limite son rôle à la fondation des hôpitaux (Nelson, 2001; Tremblay, 2014). L'État, tout particulièrement aux paliers provinciaux, n'encadre alors que peu les enjeux de santé, les établissements de soins et la formation des personnes qui s'y trouvent. La formation de femmes laïques débute au Québec en 1899 dans des écoles gérées par certaines congrégations religieuses (Tremblay, 2014). Elles sont alors nommées « garde-malade ». Les premières décennies du travail infirmier, au XIX^e siècle, sont décrites comme un « ghetto d'emploi féminin » (Cohen, 2000, 9). Le temps de leur célibat, les femmes laïques sont hébergées par les religieuses² et peuvent occuper des fonctions salariées sans déroger à leur rôle social. L'organisation des soins et les formations sont alors très décentralisées, de sorte que l'enseignement varie d'un endroit à l'autre. La prépondérance de la notion de vocation reste au cœur de la formation infirmière et de l'organisation du travail. L'ensemble de la division sexuelle du travail domestique y est déployé de sorte que le milieu de la santé reproduise les conditions et le statut social imposés aux femmes (Cohen, 2000). La façon dont se forme dans les premières décennies le travail infirmier implique de surcroît tout un dispositif de contrôle de la corporalité des infirmières; à la fois dans le don de soi, mais aussi dans la retenue :

² Elles le seront jusqu'en 1967, lorsque les formations en soins infirmiers sont reprises par les CÉGEPs, nouvellement inaugurés (Tremblay, 2014).

Importantly, the emotional component of the ideal nurse is combined with a practical realism. One must "be in touch" with patients, both emotionally and physically, but always just out of reach. One must be sensitive to the variety and uncertainties of patients (including death), without sacrificing the detachment necessary for proper care (Apeosa-Varano et Varano, 2004, 87).

La hiérarchisation des métiers de la santé est présente dès le début des soins infirmiers. Ces derniers sont sous-estimés parce que liés à deux éléments normatifs des sociétés occidentales : la domination du curatif sur le soin, puis la dévalorisation dans le curatif des tâches liées à une partie moins noble de l'entretien corporel (Nelson, 2001; Rothier Bautzer, 2013; Stake-Doucet, 2021a), soit ce qu'Everett Hughes a nommé *dirty work* (1962). La relation à la corporalité dans les différents métiers de soins révèle, implicitement, l'ordre hiérarchique professionnel, qui s'étend des métiers en contact avec les fluides corporels à ceux qui prescrivent ou ne sont en contact qu'avec des parties particulières de l'anatomie (Ashforth et Kreiner, 1999; Hughes, 1962; Lhuilier, 2005). La répartition des tâches relevant de l'impropre et de la routinisation sont des indicateurs de reconnaissance sociale et professionnelle, allant des préposés aux bénéficiaires et aides à domicile, aux infirmier·ères, aux médecins et aux spécialistes. Cette logique s'applique également au contrôle et à l'usage des outils technologiques, tributaires d'un rôle et de fonctions davantage valorisées (Stake-Doucet, 2021a). On observe ainsi, dans un travail comme les soins infirmiers, à la fois une naturalisation des qualifications du soin et l'enseignement de savoirs techniques qui ne dérogent par ailleurs pas à la hiérarchisation imposée par la division sexuée du travail.

La première phase de standardisation du travail infirmier se construit dès la première moitié du XIX^e siècle à partir des formations offertes par Florence Nightingale, une aristocrate anglaise qui développe un cursus pour infirmières axé sur les soins (Rothier Bautzer, 2014). Nightingale est une figure connue des soins infirmiers et on la présente généralement comme une pionnière et un modèle de l'éthique infirmière (Cohen, 2008; D'Antonio, 2022; Stake-Doucet, 2021a). Natalie Stake-Doucet déconstruit toutefois cette représentation de Nightingale en adoptant une posture féministe et antiraciste (2020; 2021a). Elle souligne dans ses travaux l'importance des normes reproduites par Nightingale afin de cadrer les soins infirmiers dans une représentation limitée à la vocation, à la douceur, à l'attention à l'autre, mais également à la pureté. Stake-Doucet (2020) relève par ailleurs l'importance du maillage entre certains préceptes chrétiens, le colonialisme, l'idée de pureté, de la maladie et donc, d'une santé méritoire :

Il importe de comprendre ce que signifiait la propreté à l'ère victorienne pour une infirmière comme Nightingale. La propreté était synonyme de pureté et les rituels victoriens qui y étaient rattachés étaient accompagnés d'un sentiment de supériorité divine. [...] La saleté n'était pas que physique, elle pouvait aussi être morale. Par exemple, suivant cette théorie, Nightingale affirmait que les travailleuses du sexe renfermaient en elles un mal qui engendrait spontanément la maladie. Elle expliquait : « Lorsque nous obéissons aux lois de Dieu par rapport à la propreté [...] il ne peut en résulter que la santé. Et lorsque nous désobéissons, la maladie. »³

La pensée de Nightingale et l'organisation des soins infirmiers restent en ce sens structurées par les normes de son époque, pour lesquelles le rôle social des femmes relève de la reproduction et de la domesticité. Bien que Nightingale professionnalise un travail qui deviendra salarié et davantage standardisé, elle y crée des pratiques et une posture reposant sur des normes patriarcales, racistes et classistes qui affectent encore aujourd'hui la manière dont les soins infirmiers sont perçus.

Les professions de la santé comme les soins infirmiers du Québec et du Canada omettent fréquemment leur participation à des pratiques racistes et non éthiques. Certains travaux récents mettent toutefois plus à l'avant la contribution de différentes professions au racisme et au colonialisme. C'est le cas notamment des soins infirmiers envers les communautés noires et les Premières Nations et Inuit (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2018, 2021; Basile et Bouchard, 2022; Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw, 2020; Hine, 1989; Stote, 2015). L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2021, 1) souligne ainsi dans un rapport sur le racisme dans les soins infirmiers que :

[...] les futures étudiantes noires se sont vues refuser l'admission dans les écoles de sciences infirmières jusque vers les années 1940, et les programmes d'études antiracistes et anti-oppressifs dans le cadre de la formation en soins infirmiers manquent toujours dans les établissements d'enseignement. Jusqu'à ce jour, le racisme contre les personnes noires a entraîné des répercussions sur le recrutement, le maintien en poste, l'avancement et le potentiel de leadership dans la profession infirmière et celles de la santé. Cela contribue aussi au manque de représentation du personnel infirmier noir dans les postes de direction et de pratique avancée.

³ Natalie Stake-Doucet (se réfère ici à un extrait duquel elle a fait une traduction libre. Voir *Florence Nightingale to Her Nurses* (MacMillan and Co., 1914, 120).

Bien que cette perspective analytique soit encore nouvelle en soins infirmiers, elle permet d'aborder des éléments majeurs de discrimination et de racisme présents dans la formation et dans certaines pratiques. Ces travaux permettent de reconnaître le rôle colonial des soins infirmiers dans l'histoire du Québec et du Canada, de même que son rôle de reproduction de rapports de domination dans la profession.

Sécularisation et suite de la professionnalisation

Au-delà des premières décennies de structuration, le rôle des soins infirmiers au cours de la Seconde Guerre mondiale a entre autres confirmé l'importance des soins infirmiers ainsi que leur valeur sociale. Il s'agit d'un milieu qui a été largement influencé par les dynamiques d'institutionnalisation et d'étatisation de la période providentielle du Québec, soit la période allant des années 1960 à la première moitié des années 1970 (Moscovitch, 2015; Prud'homme, 2008). Dans le sillon de la massification de l'accès aux études au début des années 1970, les écoles privées de soins infirmiers et les formations par les congrégations religieuses sont remplacées par formations encadrées par l'État via des écoles spécialisées et une formation au CÉGEP. À cette époque, la profession tend à se séculariser (Groulx, 1996), ce qui a pour effet d'instaurer une distance entre l'Église, le travail infirmier, le milieu de travail et le milieu de vie.

Malgré cette distance croissante entre les soins infirmiers et les congrégations religieuses, la prépondérance des valeurs de la douceur, du don de soi et de la vocation dans la représentation des soins infirmiers a pour effet d'en complexifier la reconnaissance sociale et matérielle. Ces représentations nuisent de surcroît à la reconnaissance du caractère politique des soins infirmiers. Pourtant, plusieurs chercheuses définissent la profession infirmière comme fondamentalement politique (Apeso-Varano et Varano, 2004; Gagnon et Perron, 2018; Perron, 2013). Cet angle d'analyse facilite la mise en visibilité des différentes mobilisations qui ont en fait lieu dès le début de la professionnalisation des soins infirmiers au Québec au XIX^e siècle; on remarque notamment plusieurs grèves légales et illégales. C'est le cas de l'hôpital Sainte-Justine, dirigé dès sa fondation en 1907, et jusqu'en 1960, exclusivement par des femmes bénévoles qui adoptent une logique charitable. En 1909, alors que les médecins constatent le succès de l'hôpital, ceux-ci tentent de s'insérer dans les instances décisionnelles, jusqu'alors composées uniquement de femmes. Ces dernières s'opposent à leur venue dans les instances décisionnelles, qu'elles tentent de garder non

mixtes et bénévoles (Cohen, 2000). Plusieurs décennies plus tard, en 1963, alors que la grève est illégale dans le milieu hospitalier, les infirmières de Sainte-Justine votent presque à l'unanimité une grève illégale qui durera 30 jours. Nouvellement syndiquées afin d'améliorer leurs conditions de travail, elles tentaient de faire diminuer les ratios de patient·es qui, suivant l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation en 1961, avaient rapidement augmenté (Messier, 2013). Bien qu'il s'agisse d'une grève pionnière dans le milieu hospitalier et que peu de métiers puissent se targuer d'avoir effectué une grève illégale d'un mois, leur mouvement a très rapidement été surnommé « La grève des douces » (Messier, 2013; Morgan, 2003). Leur mouvement avait la particularité de valoriser le bénévolat des infirmières dans des œuvres charitables durant les jours de grève et de refuser, à quelques exceptions, d'arborer des signes politiques comme des pancartes (Morgan, 2003).

Le travail infirmier a été encadré dès 1920 par une première législation provinciale ainsi que par une association de travailleuses, qui deviendra éventuellement l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Ces instances se transforment au cours des décennies, spécifiant à la fois leur rôle et celui des soins infirmiers. L'OIIQ définit actuellement la profession infirmière comme l'exercice visant à :

[...] évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. (OIIQ, 2018)

Le travail infirmier fait partie des professions encadrées par la Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux. Elle interdit de recourir à un « arrêt, ralentissement, diminution ou altération [d]es activités normales » (article 2) et obligent les salariés à maintenir « l'exécution normale des tâches qui leur incombent en vertu des conditions de travail qui leur sont applicables » (article 7). Suivant un vote de grève visant à exercer légalement la grève, les dispositions du Code du travail encadrent le maintien des services essentiels lorsque le Tribunal administratif du travail « est d'avis qu'une grève peut avoir pour effet de mettre en danger la santé ou la sécurité publique » (art. 111.0.17 CT) et limitent ainsi le droit de grève (Éditeur officiel du Québec, 2024). Tant la Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé

et des services sociaux (en cas de ralentissement ou de grève illégale) que le Code du travail (en cas de non-respect des services essentiels durant une grève votée légalement) prévoient des amendes individuelles ainsi qu'à l'encontre des syndicats. En fonction des tâches effectuées, les seuils obligatoires diffèrent par catégorie d'emploi. Le travail infirmier et le travail social ne sont donc pas soumis à la même hauteur de limitation; les infirmières et infirmiers font habituellement face à des limitations supérieures allant jusqu'à une interdiction complète de temps de grève pour les infirmières travaillant dans les urgences hospitalières.

Le travail du corps infirmier relève de plusieurs autres réglementations, notamment de la loi sur les infirmières et infirmiers, qui encadre à la fois la profession et l'ordre professionnel (Éditeur du Québec, 2020b). Elles ont en ce sens 17 actes réservés, dont « Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique », « Appliquer des techniques invasives » et « Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance » (Durand et al., 2016). D'autres normes formelles, mais également informelles, proviennent de leurs établissements de travail, soit en grande majorité l'hôpital. Les champs d'expertise infirmiers sont d'ailleurs variés : néonatalité, pédiatrie, santé mentale, bloc opératoire, santé communautaire ou encore soins palliatifs.

Les soins infirmiers peuvent par ailleurs s'exercer grâce à différentes formations. Ces formations permettent d'occuper différentes fonctions, qui vont de l'infirmier·ère soignant·e possédant un diplôme moins élevé, aux infirmier·ères spécialisé·es (en bloc opératoire, par exemple) et aux infirmier·ères praticien·nes spécialisé·es (qui peuvent notamment faire certaines prescriptions et actes réservés), en passant par les infirmier·ères gestionnaires comme l'infirmière-chef, qui effectue des tâches administratives et non cliniques. Il s'agit donc d'une hiérarchisation formelle et très claire du travail infirmier, qu'on retrouve toutefois moins hors de l'hôpital, comme dans les milieux privés, scolaires et à but non lucratif (Tremblay, 2014). Signalons également que, d'un milieu à l'autre et d'un service à l'autre, une certaine flexibilité entre les rôles permet d'assouplir certaines limites des rôles formels.

Enjeux politiques contemporains des soins infirmiers

Dans ses travaux sur les grèves infirmières du Canada, Lynda Briskin (2012) propose une typologie en trois temps des revendications portées par le mouvement infirmier. Elle y identifie les actions

liées à une volonté de reconnaissance du caractère professionnel des soins infirmiers, les actions contestant l'effet de normes patriarcales sur le travail infirmier et les actions liées à des enjeux de précarisation des conditions de travail, qu'elle nomme prolétarisation.

À ce titre, deux grèves infirmières ont marqué les relations de travail contemporaines au Québec. La première débute en septembre 1989. Dans le cadre de négociations des secteurs public et parapublic, les soins infirmiers déclenchent une grève afin d'intégrer à leur renouvellement de convention collective des améliorations salariales et des engagements d'ajustements monétaires liés à l'équité salariale (Audet, 2011). Plus largement, il s'agit d'un mouvement visant une reconnaissance de la profession et de la charge de travail en augmentation constante. La seconde grève des soins infirmiers, en 1999, est la plus connue des deux. Déclenchée dans le contexte du virage ambulatoire (auquel je reviendrai plus loin) et du départ à la retraite de plus de 15 000 infirmières, cette grève illégale s'inscrit dans une série de moyens de pression adoptés en réponse à l'absence de négociations, un an après la fin de convention collective du corps infirmier (Audet, 2011). À la demande de Pauline Marois, à l'époque ministre de la Santé et des Services sociaux sous le gouvernement péquiste de Lucien Bouchard, la mobilisation est rapidement limitée par une injonction interdisant la grève. C'est dans ce contexte que les infirmiers et infirmières font pendant 23 jours une grève illégale (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2021), le cœur de leurs revendications étant une plus grande reconnaissance du rôle infirmier dans la structure hospitalière (Confédération des syndicats nationaux, 2013). La répression du mouvement coûte aux grévistes plusieurs points d'ancienneté ainsi que des amendes de plusieurs milliers de dollars (1000 \$ par jour, selon les sanctions prévues à l'injonction). Ces conséquences laissent chez plusieurs un sentiment négatif à l'égard de la pertinence de la grève (Harper, 2014). Certains gains auront tout de même été réalisés, notamment : un repositionnement des échelles salariales, l'atteinte de conditions visant une plus grande stabilité des équipes de travail et des mesures visant à rendre le milieu de travail plus sécuritaire (Bourque, 2023).

Les travaux de Briskin ont l'avantage d'aller au-delà de l'analyse d'un unique événement politique, dans la mesure où ses recherches tentent de retracer les causes communes des mobilisations infirmières. Par ailleurs, l'attention aux actions individuelles, aux mobilisations informelles et aux enjeux défendus à l'extérieur des syndicats manque à la fois à sa typologie et plus généralement à la littérature disponible (Audet, 2011 ; Briskin, 2012 ; Morgan, 2003). Pourtant, la documentation

des actions qui ne découlent pas de l'initiative d'un syndicat donne accès à tout un autre registre d'actions et de revendications. Qu'il s'agisse d'actions syndicales ou non, le processus de mobilisation et ses effets se déploient au sein de multiples sphères; ceux-ci permettent de soulever de nouveaux enjeux (suivant par exemple des moments de répression) et ont des effets qui ne sont pas toujours anticipés. En se limitant à l'analyse des grèves, tout un pan de l'activité politique des soins infirmiers est donc évacué du portrait proposé jusqu'ici par la littérature scientifique.

De ses débuts à aujourd'hui, la construction du travail infirmier se fait à partir d'une position subordonnée qui nuit à sa reconnaissance professionnelle et à la valorisation des compétences qui lui sont nécessaires. Bien que plusieurs améliorations soient constatées grâce à la professionnalisation des soins infirmiers et aux gains obtenus lors de mouvements de grèves, il reste que la place du corps infirmier dans l'institution de la santé est plus ou moins restée la même au fil des décennies. Malgré ces obstacles à la reconnaissance de l'ensemble des facettes des soins infirmiers, les chapitres suivants mettront de l'avant des formes d'action politiques qui ont permis d'effectuer certains gains.

1.2 Historique des professions, le travail social

Le travail social est un type d'intervention basée sur l'évaluation de la personne, de la famille, du groupe ou de la communauté, ce en fonction des milieux et dans le but d'améliorer les conditions de vie. C'est en ce sens que l'article 37 du Code des professions (modifié par la loi 21 en 2009) définit l'objectif du travail social comme suit :

Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement. (Éditeur officiel du Québec, 2009, 4)

Fondé sur des connaissances relevant de la sociologie et de la psychologie, de même que de la psychiatrie et de l'économie, le travail social déploie maintenant ses propres approches théoriques au sein de différentes spécialisations, incluant la santé mentale, l'itinérance, les problèmes sociaux, la famille, la pauvreté, l'usage de drogues et les dépendances et la violence conjugale. Les interventions se font à partir d'approches théoriques variées et de différents modèles d'intervention

(Bogo, 2006; Bourque et al., 2007; DesLauriers et Turcotte, 2015; Doucet, 2013; Harper et Dorvil, 2013; Mayer, 2002).

Les débuts

Le travail social est issu d'une tradition chrétienne de charité et, à certains égards, de contrôle social (Groulx, 1996; Mayer, 2002). Jusqu'en 1920, l'État ne s'implique que faiblement dans les enjeux de santé et de services sociaux, se limitant habituellement à des mesures hygiénistes et économiques. Avant que le travail social ne se consolide en profession, les tâches qui relèvent des soins psychologiques, émotionnels, affectifs, ainsi que de l'accompagnement, sont partagées entre la sphère familiale, les hôpitaux gérés par l'Église et les établissements de charité. On retrouve d'ailleurs dans ces derniers des femmes issues de congrégations religieuses ou de classes aisées ayant développé un engagement philanthropique. Les interventions se font auprès de populations marginalisées, en raison de leur statut socio-économique, de leur âge ou des enjeux présumés de santé mentale. Conséquemment, les lieux dans lesquels sont pratiqués ces actes qui font office de prélude au travail social servent à la fois au contrôle social, à la répression, au soin et à la charité (Jennissen et Lundy, 2013; Mayer, 2002).

Principaux courants

Au Québec, le travail social tire ses origines de quatre courants principaux qui prennent leur essor dans les années 1930. On retrouve d'abord un courant de charité chrétienne (précédemment détaillé), dont on retient comme éléments centraux l'importance de l'individualisation des problèmes sociaux vécus et la responsabilisation de ces derniers :

Ainsi le service social se définissait comme vocationnel et féminin avec une visée pédagogique de redressement moral orientée vers les classes populaires et les familles ouvrières. Il se retrouvait par ailleurs totalement inféodé et conforme aux intérêts des forces en place, à savoir le haut clergé catholique et la bourgeoisie canadienne-française. (Hazaz, 1995, 156)

Ensuite, le travail social individuel tire ses orientations du *casework*, importé des États-Unis, c'est-à-dire une organisation de l'intervention basée sur une logique médicale et rationalisante. Le *casework* a comme objectif l'établissement d'un diagnostic individuel à valeur curative de ce qui pose problème chez l'individu. Développées en Angleterre, les organisations de charité forment la troisième courant du travail social. On retrouve en 1900 à Montréal la *Family Service Association*, qui effectue de l'intervention individuelle basée sur des principes de psychologie (Mayer, 2002). La quatrième courant du travail social est issue des résidences sociales, un concept provenant également d'Angleterre. Ce concept se répand ensuite aux États-Unis grâce aux travaux de l'École de Chicago. Face à l'apparition de problèmes liés à l'industrialisation et à l'urbanisation massive, ce courant est au fondement du type d'intervention qui s'effectue auprès des collectivités (Bergeron-Gaudin, 2019; Bourque et al., 2007; Jetté, 2017). Basé sur une analyse principalement sociologique, ce courant met tout particulièrement de l'avant les caractères systémique et structural d'enjeux vécus individuellement. En posant des situations individuelles en problèmes sociaux que les communautés peuvent investir, cette branche a permis au travail social de développer, à partir des années 1960 et 1970, le modèle de l'organisation communautaire basé sur l'agentivité des communautés et sur le changement social (Berthiaume, 2009; Jetté, 2017; Favreau et Hurtubise, 1993; Rousseau, 1978). Au Québec, cette branche s'est notamment structurée à partir de l'animation sociale et de comités citoyens qui développaient dans leurs quartiers respectifs des solutions collectives qui pouvaient améliorer leurs conditions de vie. Ce travail a donné lieu à la création de plusieurs initiatives précurseurs du mouvement communautaire, dont des banques alimentaires gérées par la population, des garderies populaires, des services juridiques accessibles et gérés par la population, et des cliniques populaires⁴.

Formation

La première formation universitaire en travail social est inaugurée à l'Université McGill, en 1918. Forte de ses expériences aux États-Unis et en Europe, Marie Gérin-Lavoie débute pour sa part du côté francophone une certaine standardisation des pratiques en fondant l'Institut Notre-Dame-du-Bon-Conseil en 1922, où elle forme majoritairement des femmes actives dans les milieux de la

⁴ Pour une histoire de l'organisation communautaire, voir l'excellent ouvrage *Pointe-Saint-Charles : un quartier, des femmes, une histoire communautaire*, du collectif CourtePointe (2006).

charité catholique. Toujours ancré dans la doctrine sociale de l'Église catholique, le programme s'affilie en 1932 à l'Université de Montréal pour y être officiellement intégré en 1940 par l'abbé Desmarais (Mayer, 2002). Bien que la formation s'arrime davantage au cursus plus institutionnalisant des écoles états-uniennes, le modèle reste basé sur la vocation, sur l'intégration des composantes religieuses au milieu laïc et sur l'action locale d'éducation et de réhabilitation (Parent et St-Jacques, 1999). L.-H. Groulx (1996, 360-361) en souligne le caractère genré et vocationnel :

Cette vocation à faire le bien était perçue et définie comme une activité proprement féminine. Ainsi la directrice des études de la section service social de Montréal déclarait, dans un journal local, que les travailleuses sociales étaient choisies pour « leur sentiment féminin ». L'analyse de comptes rendus d'entrevues d'admission indique que les qualités personnelles exigées pour une bonne candidate en service social s'organisaient autour du modèle traditionnel de la féminité centré sur les vertus oblatives d'accueil, de générosité, de sacrifice, de dévouement, de socialité chaleureuse et de compréhension affective. Une bonne auxiliaire sociale se devait d'être accueillante et d'avoir un contact chaleureux, facile, spontané et ouvert. Ce contact devait révéler « une riche sensibilité », une « stabilité émotive ». Un « engagement purement intellectuel » était défini comme suspect, car il renfermait toujours un danger de rationalisation.

C'est avec Mary Richmond que le travail social se distancie le plus de son héritage catholique et philanthropique. Richmond développe l'intervention de type *casework* au Québec (Berthiaume, 2009; DesLauriers et Turcotte, 2015; Mayer, 2002). Les effets de la crise économique de 1929, de l'après-guerre et des importants mouvements de grève mènent par la suite à davantage de programmes visant la prévention de problèmes sociaux, tout en maintenant la logique moralisante des programmes d'aide déjà en place. Tout comme en soins infirmiers, le besoin de travailleuses qualifiées pour gérer la complexité et le nombre grandissant d'enjeux favorise l'embauche de travailleuses sociales qui évoluent aux côtés des bénévoles et des membres de congrégations (Prud'homme, 2008; Rousseau, 1978). Les travailleuses sociales sont embauchées dans des œuvres de charité nommées agences sociales et encadrées par les diocèses, dans des hôpitaux et dans des écoles, où elles effectuent principalement un travail administratif. On les retrouve également dans des instances de soutien aux familles pauvres, comme le Bureau d'aide aux familles de Montréal

(Mayer 2002; Prud'homme, 2008)⁵. La professionnalisation se poursuit ensuite par le développement d'associations professionnelles, ce qui a pour effet de repositionner progressivement les valeurs qui cadrent le travail social (Berthiaume, 2009; Parazelli, 2015). Initialement conçu comme un acte de charité moralisant, le travail social se transforme et commence à mettre sur pied des normes professionnelles visant l'impersonnalité, la neutralité et l'impartialité (Mayer, 2002).

L'étatisation de la santé et des services sociaux qui s'amorce dans les années 1970 crée une fracture majeure dans l'histoire du travail social. Cette dernière est d'ailleurs encore plus marquante en travail social qu'en santé, qui se retrouve principalement en hôpitaux. Le travail social se développe en effet à partir de 1970 grâce à une reconnaissance accrue de son expertise et grâce à la fondation de nouveaux établissements, dont les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Dans ce contexte, les paradigmes de la charité et du contrôle social sont modulés afin de s'adapter aux critères liés à l'étatisation des services sociaux, ce qui implique notamment la nécessité de se baser sur des données probantes pour exercer le travail social (Harper et Dorvil, 2013; Parent et St-Jacques, 1999).

Racisme

L'histoire du travail social a longtemps occulté son rôle dans les violences faites aux communautés noires, des Premières Nations et Inuit (Dominelli, 2012 ; Guay et al., 2014; Hill et MacDonald, 2014; Sinha et al., 2011). Plusieurs services publics, dont les services sociaux et la protection de la jeunesse, ont contribué à ces violences et y ont toujours une responsabilité (Viens, 2019). Les différentes formes de protection de la jeunesse ont entre autres joué un rôle important dans la séparation des familles sur la base de critères discriminatoires : « Ainsi, la surreprésentation des enfants autochtones s'explique aussi par l'histoire coloniale, les politiques d'assimilation (tels que les pensionnats) ainsi que les stratégies pour intégrer ces enfants à la société occidentale » (Guay

⁵ Leur intervention se base sur les modèles précédemment vus, soit des évaluations individuelle, moralisante et psychologisante, afin, par exemple, d'évaluer le fonctionnement social des familles et potentiellement sortir les enfants de leur cadre familial. En milieu hospitalier, l'intervention se fait tout particulièrement auprès des personnes atteintes de tuberculose, mais des programmes spécifiques sont développés selon les populations touchées : personnes allophones nouvellement arrivées à Montréal ou encore pour les personnes en situation d'itinérance (Berthiaume, 2009).

et Ellington, 2019, 1). Fondé sur des critères inégaux, le travail social participe aux différentes formes que prend le racisme systémique au Québec et qui relèvent d'une volonté d'assimilation. Que ce soit dans les années 1960, au cours desquelles un nombre important d'enfants des Premières Nations et Inuit ont été placés et adoptés par des familles allochtones, ou encore aujourd'hui, chez les familles issues de communautés noires, des Premières Nations ou Inuit, on constate une surreprésentation constante d'interventions basées sur des préjugés, sur des connaissances insuffisantes et sur le racisme systémique (Guay et al, 2014 ; Hill et MacDonald, 2014 ; Viens, 2019).

Aujourd'hui

La pratique actuelle du travail social s'effectue encore très largement dans les CLSC, mais également dans les autres établissements de santé et services sociaux, comme les hôpitaux, les Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), le milieu scolaire, le milieu de la protection de la jeunesse et le secteur privé. Plusieurs courants de pratiques remettent en question certains fondements de l'intervention, notamment au regard de biais qui ont été intégrés à la profession. Ainsi, l'intervention interculturelle, soit l'intervention auprès des personnes migrantes, sans-papiers et racisées, est largement plus étudiée et pratiquée qu'auparavant (Cohen-Émerique, 2011; Rachédi et Vatz-Laaroussi, 2004; Vatz-Laaroussi, 2013). Il en va de même pour la recherche en travail social portant sur les enjeux de racisme, de profilage et de colonialisme (Bellot et Sylvestre, 2022; Casséus, 2022; Chehaitly et al., 2020; Hamisultane, 2020; Livingstone et al., 2020; Pierre, 2005).

Plusieurs initiatives ont également été mise sur pied par différentes communautés des Premières Nations et Inuit afin que celles-ci puissent gérer elles-mêmes les problématiques liées à la protection des enfants et des familles. Le Système d'intervention d'autorité atikamekw est l'une des institutions qui œuvrent en parallèle à la protection de la jeunesse. Il s'agit d'un service développé depuis les quinze dernières années par la nation Atikamekw (Atikamekw Sipi, 2023). Plusieurs autres types de programmes et d'établissements reçoivent d'ailleurs maintenant du financement afin de créer des services visant la gestion de certains enjeux particuliers, comme l'itinérance urbaine des personnes issues de communautés des Premières Nations et Inuit. Finalement, les théories du travail social ont également été actualisées afin d'y inclure un

paradigme autochtone dans la manière de penser l'intervention (Guay, 2013). En plus des pratiques auprès des personnes âgées, en violence conjugale, en itinérance, en santé mentale, en économie sociale, dans le deuil, auprès des communautés et en action communautaire, le travail social tente donc de s'arrimer aux multiples enjeux sociaux contemporains.

Les grandes lignes de l'histoire du travail social démontrent ainsi l'importance de la logique de charité dans l'établissement du socle sur lequel s'est bâti ce métier relationnel. La rareté des références à l'activité politique du travail social révèle la récurrence du manque de considération des différents employeurs à l'égard de l'autonomie et du jugement professionnel des personnes pratiquant le travail social (Jennissen et Lundy, 2013; Prud'homme, 2008). La pratique de ce type d'intervention reste par ailleurs en tension entre des paradigmes qui sont à certains égards difficilement réconciliables, faisant intervenir à la fois des logiques d'intervention basées sur le contrôle du fonctionnement social, la technocratisation et l'accompagnement vers le changement social. Ancrés dans différentes conceptions du rôle du travail social, ces paradigmes complexifient le regard des professionnel·les sur la pratique, sur la place à occuper dans une institution et, plus largement, sur la manière de définir et de comprendre cette profession.

1.3 Historique des politiques sociales et effets sur l'institution de la santé

À partir d'un historique des réformes de la santé et des services sociaux au Québec, cette section du chapitre analyse l'effet des changements de politiques publiques sur l'institution de la santé. En retraçant la logique argumentative et les objectifs des Commissions et des groupes de travail à la source de ces réformes, l'objectif est d'identifier les manières dont le cadre législatif et les normes qui le supportent ont changé au fil des décennies, affectant à la fois la logique d'octroi de services publics, l'organisation des établissements et les conditions de travail au sein de ces derniers.

L'analyse des changements occasionnés par les différentes politiques sociales mises en place en santé et en services sociaux dans les dernières décennies au Québec révèle deux tendances. Tout d'abord, cette institution fait l'objet d'une privatisation progressive et d'un désengagement constant de l'État. La privatisation est fréquemment perçue comme une tendance relevant d'une époque précise de la gestion de la santé (Goulet et al., 2014). Pourtant, une perspective néo-institutionnaliste (Béland, 2009, 2010; Immergut, 1992; Jenson et Sineau, 2001) de la mise en

application des recommandations des Commissions et des groupes de travail montre que la privatisation et l'externalisation des services ont toujours fait partie de l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec. Certains moments de privatisation sont plus lents – voire latents – mais d'autres sont plus rapides, comme ceux suivant la publication du rapport Clair, en 2001. L'analyse féministe néo-institutionnaliste ajoute que ce désengagement de l'État n'a été possible que parce que celui-ci repose, du moins en partie, sur la famille, le travail des femmes et le milieu communautaire. En ce sens, la dynamique de privatisation progressive des services publics a des effets particuliers sur les métiers relationnels et, plus largement, sur les personnes et les milieux subordonnés aux rapports sociaux de sexe.

1.3.1 Aux fondements de la santé : privatisation et travail des femmes

La littérature sur l'histoire de la santé et des services sociaux débute souvent dans les années 1970, suivant son étatisation par la réforme Castonguay-Nepveu (Goulet et al., 2014), dont je discuterai plus loin. La santé était évidemment un enjeu majeur bien avant ces années, mais l'État n'y était que peu ou pas investi, reléguant ainsi la plupart des soins au secteur privé. L'intervention psychosociale, l'accompagnement et la thérapie destinée à gérer les enjeux relationnels, émotionnels et d'adaptation à son milieu de vie n'y sont que très peu pris en considération. De même, la recherche est faiblement financée et les programmes universitaires manquent pour comprendre adéquatement ce qui cause plusieurs des enjeux de santé, ainsi que la manière de les aborder individuellement et collectivement (Parent et St-Jacques, 1999). Avant 1920, les mesures prises par l'État ne font pas partie d'un plan d'ensemble comme c'est souvent le cas aujourd'hui et ciblent généralement des questions hygiénistes. C'est tout particulièrement le cas avec l'essor de l'industrialisation et de l'accroissement des villes du Québec. Ces mesures ponctuelles et l'aide à court terme des services sociaux ne fait « [...] qu'accentuer le cercle vicieux de la misère des ouvriers » (Mayer, 2002, 56). Ces mesures reposent encore largement sur les congrégations religieuses et, donc, sur une certaine moralisation de la pauvreté et de la maladie. Conséquemment, les personnes n'ayant pas les moyens de déboursier pour les options privées sont fréquemment responsabilisées pour leurs problèmes de santé. Les populations défavorisées n'ont en effet généralement pas accès à l'ensemble des soins nécessaires pour leur permettre de traiter ce que le système capitaliste crée comme enjeux de santé.

Durant les premières décennies du XX^e siècle, peu de mesures sont instaurées de manière permanente pour assurer la santé de la population, qui ne possède ni assurance hospitalisation ni assurance maladie. Puisque la santé est alors basée sur des prémisses curatives d'enjeux biomédicaux individualisés, l'approche préventive ou l'éducation populaire est encore marginale (Plourde, 2021). On connaît par exemple encore peu de campagnes ayant porté sur la violence familiale et conjugale, sur le lavage des mains ou sur les effets du tabac. Dans un même ordre d'idées, les conditions de travail et d'habitation n'étaient pas aussi réglementées, surveillées et passibles de sanctions qu'aujourd'hui. Ni la Régie du logement ni le Tribunal administratif du travail n'existent et les syndicats sont encore peu nombreux. L'insalubrité des logements en milieu urbains et la pollution des industries à proximité affectent largement la santé et la qualité de vie de la population, sans par ailleurs que les connaissances ne permettent d'aborder les causes de ces problèmes sociaux.

Comme mentionné plus haut, la faible structuration des services publics octroie aux congrégations religieuses (tout particulièrement les congrégations féminines) un rôle clé dans la création d'établissements de santé, dans l'octroi de services médicaux ainsi que dans la formation des différents métiers liés à la santé. Même une fois leur professionnalisation achevée, les métiers des soins et de l'accompagnement restent structurés par les rapports sociaux de sexe. C'est en fait le propre même des rapports sociaux de sexe, qui appose aux personnes attirées et socialisées comme femme le travail reproductif servant à maintenir et à reproduire l'espace domestique fonctionnel par le biais d'une famille en santé et organisée. L'hygiène, le ménage, l'alimentation, la sécurité et l'éveil intellectuel des enfants, l'écoute, l'accompagnement durant une maladie, une blessure ou en fin de vie, sont toutes des tâches qui incombent à ces personnes, non pas comme spécialisation, comme choix ou comme emploi, mais bien comme des tâches naturalisées (Courcy et al., 2016 ; Dejours, 1988 ; Falquet, 2002 ; Fougeyrollas-Schwebel, 2000; Guillaumin, 1978a; Haicault, 1984; Hirata et Kergoat, 2008; Molinier, 2011, 2013). Le croisement entre l'assignation au travail gratuit de la sphère domestique et l'injonction de prendre soin des autres a fait en sorte que les femmes ont historiquement développé plusieurs connaissances et spécialisations, sans par ailleurs avoir accès à une éducation formelle sur le sujet, ou encore à la reconnaissance sociale, monétaire et politique corollaire. Le modèle occidental de santé fait valoir avant tout la médecine,

qui jusqu'à récemment était réservée aux hommes blancs issus de familles aisées, et ne valorise pas les autres formes d'expertise et de savoir. Les femmes ont pourtant développé des connaissances sur la physiologie, sur les plantes médicinales et sur les manières de rétablir et de soigner des blessures. Seulement, elles se faisaient nommer avorteuse, sage-femme et sorcière (Ehrenreich et English, 2018). Ce savoir renvoyait également, comme c'est encore fréquemment le cas, à des « remèdes de grand-mères » plutôt qu'à une expertise reconnue. Bien que ce soit encore le cas à plusieurs égards, l'accès aux savoirs, aux pratiques et aux lieux de la santé diffère de manière exponentielle avant l'étatisation de la santé, en fonction des différents rapports sociaux.

1.3.2 Organisation du réseau national de santé et de services sociaux

Les effets de la crise économique de 1929, du contexte suivant la Seconde Guerre mondiale et de la tendance providentialiste constatée à l'international favorisent le développement d'un soutien accru de la part de l'État en matière de santé et de services sociaux. Au Québec, c'est la Commission Castonguay-Nepveu (Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux) qui effectue une refonte des ministères. La réforme redéfinit les mandats du gouvernement provincial ainsi que l'organisation des programmes, des établissements et de leur mission. Elle s'inscrit également dans le contexte de la Révolution tranquille, un moment majeur de l'histoire récente du Québec, qui a mené à plusieurs changements de fond dans les champs culturels, politiques et sociaux en provoquant notamment un mouvement de sécularisation. La vision de la Commission s'inscrit également dans les luttes sociales et syndicales, dont l'une des revendications depuis 1950 est la création d'un régime universel d'assurance maladie et de services de santé publics (Plourde, 2021).

Débutant en 1967 et se terminant en 1972, les travaux de la Commission aboutissent à une révision de l'entière des régimes de protections sociales provinciaux et, plus largement, de la logique institutionnelle qui les accompagnent (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1967-1972; Bourque et al., 2018). En ressort notamment la création en 1969 du régime d'assurance maladie puis, en 1970, l'instauration du ministère des Affaires sociales, renommé en 1985 ministère de la Santé et des Services sociaux (Favreau et Hurtubise, 1993; Groulx, 1996; Mayer, 2002). Ce dernier s'occupe de différents enjeux de santé, dont la santé physique, les services sociaux et les politiques liées au revenu. L'organisation et la distribution des services sont tout

particulièrement modifiées par l'adoption en 1971 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, selon laquelle l'organisation des services doit être faite de sorte à créer un filet social gratuit et accessible à l'ensemble de la population du Québec. L'opérationnalisation de cette politique sociale s'est avérée un moment charnière de l'histoire du Québec en raison de réorientation de l'ensemble du secteur de la santé qui en découle.

La création des CLSC est l'un des résultats de l'entrée en vigueur de la loi de 1971. Les CLSC ont ceci d'unique qu'ils visent d'abord et avant tout à offrir une première ligne de services psychosociaux et de soins de santé physique, mais également de prévention et d'action communautaire, adaptés à la population locale. Pensé comme la porte d'entrée vers le système de santé, leur mode d'organisation est basé sur un modèle décisionnel horizontal et décentralisé dans lequel la population locale a un pouvoir décisionnel et la hiérarchisation des professions est moins prégnante. On y retrouve entre autres des programmes de planification des naissances, de santé alimentaire et de soutien à domicile. Le travail social y occupe une place centrale par l'instauration des programmes entièrement dédiés à l'intervention psychosociale et à l'organisation communautaire. Ces programmes ont pour particularité d'aborder les enjeux locaux dans une perspective collective afin d'y réduire les problèmes sociaux et de développer l'autonomie des populations locales (Favreau et Hurtubise, 1993; Plourde, 2021).

Par ailleurs, la création des CLSC ne fait pas disparaître les cliniques médicales privées, qui constituent une alternative gérée par des médecins, ayant précédé les CLSC, et dont le but est de répondre aux besoins généraux des populations locales à partir d'une approche biomédicale. Dès la création des CLSC, ces deux entités deviennent en quelque sorte opposées l'une à l'autre, non seulement parce qu'elles ont en commun certaines offres de services, mais aussi parce que le paradigme à partir duquel s'organise chaque entité diffère (Mayer, 2002). La persistance des cliniques médicales n'est qu'une des manifestations de l'opposition médicale au changement de paradigme effectué par l'État en matière de santé. Plusieurs associations médicales, tout comme la Chambre de commerce de la province de Québec, avaient en ce sens témoigné à la Commission Castonguay pour souligner l'importance de l'autonomie médicale et d'une gestion individuelle et privée des enjeux de santé. En conséquence, la loi de 1971 inclut un article reconnaissant l'apport du secteur privé à la santé et autorise pour la première fois le financement d'établissements privés à partir de fonds publics (Plourde, 2021). Les CLSC déplacent quant à eux l'approche des soins de

santé vers une perspective holistique et préventive. L'approche des CLSC est également basée sur les déterminants sociaux de la santé et vise l'universalité et la gratuité des services de santé. Les personnes qui s'impliquent et travaillent dans les CLSC sont à cet effet rapidement critiquées pour leur radicalité : « les résistances ne sont pas longues à se manifester : les politiciens d'arrière-ban déclarent que les CLSC sont des 'foyers de contestation et de révolution', alors que les élites médicales favorisent l'implantation de cliniques 'privées' en réponse à la menace 'technocratique et socialiste' » (Mayer, 2002, 295). Or, bien que les CLSC aient été impliqués dans plusieurs luttes importantes, les initiatives les plus militantes en ce qui concerne les enjeux sociaux ont plutôt eu lieu à l'extérieur des ceux-ci, notamment au sein des groupes militants, largement teintés dans les années 1970 par des courants marxistes. La logique paradigmatique d'une santé holiste, de l'accessible universellement, d'une analyse sociopolitique et de l'implication populaire « dérange » (Plourde, 2021, 160) les élites politiques locales et médicales. Bien que la mission initiale des CLSC devienne rapidement difficile à réaliser, à cause de modifications successives au modèle initial, d'un sous-financement et de mécanismes de contrôle accrus (Plourde, 2021), les personnes interrogées dans le cadre de cette thèse y reviennent systématiquement comme un idéal à préserver et améliorer.

1.3.3 Principales réformes et impacts sur les politiques sociales

Au-delà des effets de la Commission Castonguay-Nepveu, plus d'une dizaine de réformes ont transformé l'organisation de la santé et des services sociaux au Québec. Dans leurs travaux sur les effets des réformes, Mélanie Bourque, Josée Grenier et Denis Bilodeau (2018) soulignent que ces réformes avaient pour objectif de sortir du premier référentiel, basé sur une logique providentialiste. Puisque le référentiel est un ensemble de schémas qui organisent la manière dont les phénomènes sont appréhendés, celui-ci guide ensuite l'articulation des politiques sociales en fonction de valeurs et d'orientations stratégiques (Jobert, 2004). Sortir du référentiel providentialiste implique donc de déplacer le cadre normatif qui sous-tend le programme institutionnel et les politiques qui l'organisent.

Les politiques sociales qui encadrent les réformes qui suivent celle de la Commission Castonguay-Nepveu ont en commun de limiter la logique providentialiste et de mettre de l'avant une néolibéralisation des services publics. Malgré la stabilité apparente de l'organisation de cette

institution, l'addition de modifications aux politiques sociales opère un déplacement du référentiel principal, de sorte à mettre à jour ce que Peter Bachrach et Morton Baratz (1962), puis Jacob Hacker (2004) nomment « la face cachée » des débats des dernières décennies sur le providentialisme. Cette face cachée est celle des réorganisations internes des services, des budgets alloués, des règles d'accès aux services et du déplacement de la responsabilité vers des secteurs informels. Au-delà de la forme de l'institution, qui peut paraître similaire d'une décennie à l'autre, une analyse des dynamiques internes et du référentiel qui les supportent révèle des changements profonds dans le rôle des services publics (Jenson et Sineau, 2001). La mise en valeur d'un référentiel néolibéral est donc comprise ici comme un déclin calculé de la protection sociale contre les risques. Ce déclin s'effectue à partir de changements de politiques sociales qui provoquent des changements graduels (Hacker, 2004; Mahoney et Thelen, 2009), incluant l'imposition de mécanismes de contrôle supplémentaires, des changements dans les rapports de pouvoir entre les instances et la mise en compétition entre acteurs.

Les réformes en santé et services sociaux au Québec sont généralement basées sur les recommandations de groupes de travail (commande du gouvernement pour étudier un enjeu précis) ou de Commissions d'enquête (instance indépendante du gouvernement qui effectue une enquête publique d'envergure auprès de plusieurs acteurs à propos des politiques publiques) (Contandriouopoulos et Tremblay, 2009; Deslauriers, 2015). Tiré des travaux de Bourque, Grenier et Bilodeau (2018, 24-25), le tableau qui suit présente les Commissions et les groupes de travail sur la santé et les services sociaux depuis 1960 :

Tableau 1.1 Les Commissions d'enquête et les groupes de travail en santé

Commission ou groupe	Document Titre	Valeurs	Place des services sociaux	En continuité ou en rupture avec le gouvernement
1960-1970 : Castonguay/Nepveu	1970 : Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (7 volumes en 15 tomes, 3 699 p.)	Justice sociale/ Épanouissement/ Développement social	Développement des services sociaux au cœur du SSSS	En continuité, on est à l'époque de la Révolution tranquille et du déploiement de l'État-providence québécois.
1985 : Rochon	1988 : Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (803 p.)	Justice sociale/ Prévention/ Efficacité/ Efficience/ Performance	Les services sociaux sont à revoir, mal gérés, mal planifiés	En continuité, on cherche à diminuer les coûts
1987 : Brunet	1987 : Rapport du Comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC (91 p.)	Idem	Poursuite du développement des CLSC – avec acteurs complémentaires	À la fois en continuité (acteurs complémentaires) et en rupture (parachèvement des CLSC)
1990-1999 : Arpin	1999 : La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec (117 p.)	Efficacité/ Efficience/ Performance	Il n'est pas vraiment question des services sociaux, ce qui témoigne de l'importance qu'on souhaite leur accorder	En continuité, on cherche à renvoyer au privé une partie des services afin d'en diminuer les coûts
2000-2001 : Clair	2001 : Les solutions émergentes (410 p.)	Efficacité/ Efficience/ Performance/ Équité	On aborde très peu la question des services sociaux, si ce n'est pour les critiquer eux et l'orientation éclectique qu'ils ont prise	En continuité avec l'ensemble des discours gouvernementaux sur la santé et les services sociaux : il faut mieux gérer pour y arriver
2005 : Ménard	2005 : Pour sortir de l'impasse (145 p.)	Efficacité/ Reddition de comptes/ Efficience /Équité	Idem	Idem
2007 : Castonguay	2008 : En avoir pour notre argent (330 p.)	Nouveau contrat social/ Liberté	Idem	Idem
2010-2014 : Thompson	2014 : Pour que l'argent suive le patient (192 p.)	Efficience/ Équité/ Efforts/	Il n'est pas question des services sociaux sauf de manière instrumentale pour nommer le système ou décrire le financement	Les idées sont en continuité avec celles du gouvernement en place qui vise à implanter ce mode de financement

Source : Bourque, Mélanie, Grenier, Josée et Denis Bilodeau. (2018) Les réformes du réseau de la santé et des services sociaux : une impression de changement sur une vague de continuité. Dans Grenier, Josée et Mélanie Bourque. *Les services à l'ère managériale*. (pp. 24-25), Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Outre sa clarté et l'exactitude de sa présentation, l'un des principaux intérêts de ce tableau dans la compréhension des changements provoqués par les politiques sociales étudiées se trouve dans la colonne qui expose les valeurs guidant les Commissions et les groupes de travail, ainsi que dans celle qui porte sur le contexte et sur l'objectif de ces travaux (« En continuité ou en rupture avec le gouvernement »). Une consultation rapide de la colonne des valeurs permet de constater l'importance des notions de performance, d'efficience et d'efficacité à partir de 1985, soit peu de

temps après la première commission, celle-ci étant est la seule à avoir eu comme valeur phare le développement social⁶. La justice sociale⁷, quant à elle, est effacée après la deuxième commission d'enquête. Ces transformations progressives des valeurs font directement écho au passage d'un référentiel providentialiste à un référentiel néolibéral des services publics, participant ainsi du contexte plus général de néolibéralisation des économies et des États. Au Québec, le discours sur l'importance de la réduction de la dette nationale, du déficit zéro et de la diminution des dépenses nationales occupe une grande partie des interventions faites en ce sens à partir des années 1980 (Turgeon et al., 2011).

Politiques de néolibéralisation de la santé et des services sociaux

Chaque commission et chaque rapport ont contribué à modifier la manière dont la santé est étudiée, comprise, évaluée et organisée. Il reste que certaines de ces études ont eu des impacts plus marquants sur les politiques sociales. C'est le cas de la commission Castonguay-Nepveu, décrite précédemment, mais également du groupe de travail de 1986, qui propose une privatisation majeure des services publics, et du groupe de travail de 1988, qui propose une restructuration de l'ensemble du système de santé (Contadriopoulios et Tremblay, 2009; Turgeon, Jacob et Denis, 2011). Cette restructuration comprenait entre autres le déclassement des CLSC, auparavant centraux dans la structure des soins de santé et des services sociaux. C'est également ce groupe de travail qui jette

⁶ Les auteurs du rapport Castonguay-Nepveu définissent ainsi le développement social : « Promouvoir la sécurité des individus et des familles et assurer ainsi le mieux-être est en quelque sorte le but du développement social. Par cette expression, on entend un ensemble coordonné d'actions qui rendent plus humaine la condition de la totalité ou d'une partie de la population. Si l'on accepte aujourd'hui, de façon générale, que le progrès d'une société résulte d'un équilibre entre l'économie et le social, il faut reconnaître que cet équilibre demeure encore un idéal à atteindre. Le progrès social, pas plus que le développement économique, ne peut être laissé au hasard; il exige une planification dont l'élaboration et la mise en œuvre supposent la participation de toute la population et de tous les organismes sociaux. » (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1967, 4) La notion de développement social a une logique d'investissement dans la population afin que l'ensemble de ses membres puissent s'y réaliser, puis y contribuer. On constate également une considération importante de l'économie à la fois comme outil de progrès social, mais également comme porteur d'inégalités sociales lorsqu'elle n'est pas encadrée. Il y a donc une logique de fonctionnalité au développement social et à l'intervention active de l'État, notamment afin d'y réguler ce qui peut causer des inégalités sociales. C'est pourquoi les auteurs se réfèrent également à la notion de sécurité sociale, visant à sortir l'ensemble des individus d'un état de besoin créé par les écueils du système.

⁷ La justice sociale est actuellement définie par le Gouvernement du Québec (2023b) comme un « principe de justice qui reconnaît l'existence d'inégalités économiques entre les personnes et qui permet la création d'institutions et de règles atténuant ces inégalités ». D'autres définitions de la justice sociale, par ailleurs, sont plus larges. Voir Fraser, Nancy. (2004). Justice sociale, redistribution et reconnaissance. *Revue du MAUSS*, 23(1), 152-164. <https://doi.org/10.3917/rdm.023.0152>; Honneth, Axel. (1992). *La lutte pour la reconnaissance*. Éditions du Cerf.

les bases du rapport Arpin. Travaillé durant la décennie 1990, ce rapport est celui qui propose le plus ouvertement de créer des partenariats public-privé en santé et services sociaux ainsi qu'une externalisation des services, notamment vers le milieu communautaire et vers les familles (Boivin, 2020, 2021).

Les réflexions qui ont mené au rapport Arpin ont lieu en même temps que la mise en place du virage ambulatoire. Initié en 1996, le virage ambulatoire est une réforme administrative dont le but est de déplacer le rôle de l'État d'un modèle providentiel au modèle partenarial avec des acteurs des secteurs privé, communautaire et de la famille (Dufour et Laurin-Lamothe, 2019). Le virage ambulatoire comprend notamment l'autorisation gouvernementale d'encourager le départ à la retraite de milliers de professionnel·les des services publics du Québec. Dans la logique de réduction de la dette nationale, Lucien Bouchard (Premier ministre du Québec entre 1996 et 2001) met en application les recommandations de la Commission Rochon de 1988 et propose notamment la fermeture de nombreux lits de la première ligne des hôpitaux ainsi que des retraites anticipées en enseignement, en soins infirmiers et en médecine (Bourque et Quesnel-Vallée, 2014). En soins infirmiers, 15 000 personnes partent ainsi à la retraite (Turgeon et al., 2011). Ce trou dans l'effectif nécessaire au fonctionnement des services de santé publics est ressenti pendant plusieurs années, dégradant les conditions de travail des personnes restées dans le système et encourageant également le recours à des agences privées pour combler le manque de personnel.

L'analyse néo-institutionnaliste et féministe de ces changements pointe vers une privatisation graduelle de la santé grâce à l'externalisation des services vers le milieu communautaire, mais également vers les familles (Hacker, 2004; Thelen, 2004). L'externalisation des services, qui s'accompagne du repositionnement des CLSC dans l'organigramme de la santé et des services sociaux ainsi que du départ massif à la retraite de plusieurs employé·es, modifie drastiquement la manière dont les soins généraux et de proximité sont reconfigurés. La première ligne de la santé et des services sociaux est en ce sens repensée, de sorte que l'État y soit moins investi et que les structures et le financement en dépendent moins. L'analyse féministe des politiques sociales précise d'ailleurs que la perception des catégories sociales fait varier la manière dont les politiques sociales sont formulées (Adams et Padamsee, 2001; Béland, 2009; Jenson, 2004; Jenson et Sineau, 2001; Peng, 2018b). Dans ce cas-ci, l'externalisation de soins et des services vers le secteur privé (qui comprend notamment les agences de placement) vers le milieu communautaire et la famille

renvoi en fait une partie des responsabilités de l'État à des espaces informels et relevant d'un travail relationnel souvent plus précaire, voire gratuit. Le référentiel des politiques sociales visant un accès universel et gratuit à l'ensemble des soins et des services pour assurer une santé individuelle et populationnelle s'en trouve déplacé vers une logique partenariale, dont le fonctionnement n'est possible que grâce au recours à des milieux historiquement laissés aux femmes. En ce sens, la réussite des politiques de désengagement de l'État repose, en partie du moins, sur le travail déqualifié par les rapports sociaux de sexe.

Le Rapport Clair (2001) comme assise d'une réorganisation du travail de la santé

L'entrée au XXI^e siècle en santé se fait au Québec par la Commission d'étude Clair, qui formalise en 2001 ce que les rapports précédents ont progressivement mis de l'avant. En plus de reprendre le discours sur l'importance de la limitation des dépenses publiques, ce rapport invite plus clairement à revoir le style de gestion au sein des différents établissements de santé et de services sociaux du Québec (Bourque et al., 2018). La publication de ce rapport s'arrime aux tendances internationales qu'on observe à l'égard de la nouvelle gestion publique (NGP) et de l'organisation du travail à partir de modèles comme le *Lean management* ou le *SixSigma*, ces derniers ayant été initialement développés pour le travail de production en usine.

Au Québec, la NGP prend son essor au début des années 2000 sous le gouvernement provincial libéral de Jean Charest et avec la loi sur l'administration publique (Bourque et Grenier, 2018; Bourque et al., 2018; Piron, 2003). Issue des politiques néolibérales des années 1980, la NGP est fréquemment ramenée aux « 3E » : économie, efficacité, efficience (Bourque et Grenier, 2018; Grenier et al., 2014; le Pain et al., 2021). La NGP est le style de gestion qui accompagne la logique de restructuration de l'État et de son désinvestissement des services publics pour favoriser des impératifs économiques, notamment via une logique de privatisation (Plourde, 2021). Il s'agit d'une vision de la bureaucratie qui s'éloigne de la pensée wébérienne basée sur une neutralité et une rationalité légale, de sorte à miser sur la vérification des activités. Les tenants de la NGP favorisent en ce sens une organisation allégée de la bureaucratie doublée d'une coordination des mécanismes de décision se voulant horizontale. Le contrôle de la qualité y prend une place importante non seulement en ce qui a trait à la vérification et à la standardisation des pratiques – autrement dit, à l'élimination des irrégularités –, mais également à l'égard de la maximisation des

activités et la rentabilité des services, voire le profit. La mise en concurrence y favorise le développement d'une mise en marché des services publics et d'une compétition avec les services associatifs, communautaires et privés. Ce faisant, les programmes qui en découlent mettent généralement l'accent sur la reddition de comptes statistique, les données probantes et le développement de programmes d'évaluation de l'efficacité des tâches (Desrochers, 2016; Gonin, 2019).

La réforme de 2003 et plus tard celle de 2015 ont favorisé l'implantation plus active de modèles de gestion de type *Lean*. Les modes d'organisation du travail de types *Lean* et *SixSigma* privilégient l'augmentation de la production et des profits à travers l'organisation du travail en tâches précises, divisées et standardisées. Ces modèles privilégient également le déploiement de technologies visant à améliorer les performances et réduire le temps accordé à chaque tâche. Ils ont pour fonction l'augmentation de la production de masse, la diminution des pertes ainsi que le développement d'outils de compartimentalisation afin d'éviter le ralentissement de la chaîne de production en raison d'un aspect dysfonctionnel. Les méthodes *Lean* visent également une plus grande implication des professionnel·les dans l'organisation des tâches, une flexibilisation des tâches et un plus grand rendement au travail (Sears, 1999).

Au Québec, ce modèle a été contesté par quelques équipes de travail, qui ont lutté contre l'implantation d'une organisation du travail basée sur le *Lean Management* (Lacoursière, 2016). En 2017, une mobilisation dans les CLSC Ahuntsic-Cartierville et de Montréal-Nord a culminé, après plusieurs années de lutte, en un jugement de la Cour supérieure en leur faveur⁸. Le jugement concernant les CLSC soulignait entre autres que la méthode « provoquerait chez les employés de la détresse psychologique et les placerait en contradiction avec leur code de déontologie »⁹. Comme l'explique une travailleuse sociale dans un entretien¹⁰, il a fallu plusieurs mois au personnel (en ergothérapie, en physiothérapie, en nutrition et en travail social) pour comprendre que l'équipe de

⁸ Voir Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord de l'île de Montréal (installation CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord) (griefs collectifs), 2016 QCTA 129 et Centre universitaire de santé et de services sociaux du Nord de l'île de Montréal c. Jobin, 2017 QCCS 1583.

⁹ Radio-Canada. (2017). La Cour supérieure tranche contre une méthode de type Lean dans un CIUSSS de Montréal. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1029702/cour-superieure-methode-lean-ciuss-s-preposes-chsld>

¹⁰ Entretien individuel réalisé dans le cadre de ma thèse, le 20 août 2020.

la firme externe Proaction, qui évaluait l'ensemble de leurs gestes, préparait l'implantation de mesures de reddition de comptes et d'organisation des tâches selon le *Lean Management*. Ces changements avaient pour effet, par exemple, de déterminer un temps maximal d'intervention pour chaque type de situation, sur la base d'observations par la firme Proaction. Bien qu'il puisse sembler pertinent d'évaluer le temps maximal à consacrer à chaque type d'intervention, cette logique entre en conflit avec le propre de l'intervention psychosociale, dans laquelle un échange sur les ressources disponibles peut facilement donner lieu à une évaluation des besoins ou encore à la gestion d'une situation de crise. L'ensemble des personnes impliquées dans les programmes de ces CLSC ainsi que la population concernée ont milité durant plus de deux ans contre l'implantation de ce type de gestion et ses effets.

Préludes et mise en application de la loi 10

À la suite du rapport Clair, le ministère de la Santé et des Services sociaux entreprend en 2003 une réforme redéfinissant d'une part les organisations et leur disposition sur le territoire et modifiant d'autre part le rôle du gouvernement et son implication dans la prestation de services, ainsi que sa responsabilité quant aux enjeux de santé de la population. En réorganisant les services selon l'approche de la santé des populations, qui est une approche épidémiologique évaluant quantitativement les facteurs de santé populationnelle, le gouvernement développe une approche de la santé et de l'évaluation des besoins qui cadre avec un mode de gestion par résultats quantifiables, en cohérence avec le modèle de la NGP.

La réforme de 2003, issue du projet de loi 25 et adoptée sous bâillon à l'Assemblée nationale, fusionne plusieurs établissements jusqu'alors indépendants afin de former les Centres de la santé et des services sociaux (CSSS). Les 95 CSSS de la province comprennent maintenant les hôpitaux, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres d'hébergement et de soins de longues durées (CHSLD), jusqu'alors tous indépendants. Par exemple, les CLSC, qui étaient auparavant des entités autonomes, passent de 160 à 95 établissements, répartis dans les CSSS (Larivière, 2018). La réforme de 2003 crée également les Agences régionales de la Santé et des Services sociaux, dans le but de gérer la prestation de services des CSSS et de dresser le portrait des besoins populationnels de chaque région (Bourque et Quesnel-Vallée, 2014). En termes de changements dans la gouvernance, cette réforme modifie la composition des conseils

d'administration, laissant une moins grande place aux personnes représentant la population. Les CSSS avaient ainsi pour objectif d'augmenter l'offre de services et d'organiser un continuum de services, tout en réduisant les coûts à l'État et la bureaucratie :

Malgré le fait que l'on ait annoncé une réforme centrée sur le patient en axant sur le développement des soins de première et de deuxième lignes, on constate que la réforme visait davantage la structure du réseau que les soins (Bolduc, 2013). Elle visait donc moins une amélioration des soins que l'application de principes de gestion technocratique. (Bourque et Quesnel-Vallée, 2014, 7)

La réforme met également de l'avant plusieurs partenariats avec le secteur privé, notamment en ce qui a trait à la sous-traitance de la buanderie, de l'entretien, des tâches liées à construction et pour combler le personnel manquant (Benoit, 2015; le Pain et al., 2021).

2015

Bien que la loi 10 soit expliquée plus en profondeur dans les chapitres d'analyse qui suivront, soulignons ici son impact sur l'organigramme de l'institution de la santé, soit la manière dont les établissements et leurs budgets sont gérés, ainsi que sur la gestion du travail. À certains égards, cette réforme poursuit le travail de la précédente : les territoires à desservir sont reconfigurés et les établissements sont encore plus centralisés, soit en centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou en centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), suivant un modèle hospitalo-centrique. Plusieurs recherches soulignent que la réforme qui suit l'entrée en vigueur de la loi 10 a pour effet de diminuer l'accès aux soins et d'accentuer l'entrée du marché privé dans le secteur public (Benoît, 2015; Boivin, 2020; Locas, 2014).

L'intégration du travail social aux groupes de médecine familiale (GMF) illustre également l'accélération de la privatisation en santé et services sociaux depuis 2015. Comme mentionné précédemment, les CLSC se développent de manière parallèle aux cliniques privées de médecine générale, qui sont financées par les fonds publics (Plourde, 2017, 2021). Les GMF, créés en 2003, sont issus de ces cliniques. Dans leur forme actuelle, les médecins propriétaires ont un pouvoir décisionnel sur l'organisation du travail des autres professions, par exemple en ce qui concerne les horaires. Les GMF remplaceraient les CLSC comme porte d'accès à des services liés à la santé physique et psychosociale. Le financement ne se fait ainsi plus selon le territoire, mais bien selon

le nombre de patient·es traité·es et à l'acte médical. Bien que les salaires et l'unité d'accréditation des travailleur·euses social·es restent tributaires du CI(U)SSS, une partie de l'organisation de leur travail est maintenant confiée à un acteur privé, payé par des fonds publics (Bourque et al., 2018; Plourde, 2017).

Cet exemple rappelle que le système de santé et de services sociaux n'a jamais été complètement public et que la présence du privé est en pleine expansion depuis 2000, tout particulièrement depuis 2015. Si le privé accapare une plus grande part des services en santé et services sociaux, il n'assume toutefois pas une part équivalente de risque par rapport à l'État (Goulet et al., 2014). L'industrie privée s'immisce dans les zones les plus lucratives et les moins risquées de la santé, de sorte que les démarches les plus coûteuses, les moins lucratives et les plus risquées en termes de pertes financières sont laissées à l'État et au secteur public.

Sur la privatisation des services publics ¹¹

Plusieurs Commissions et groupes de travail des dernières décennies n'ont pas proposé de changements majeurs en matière de santé. Elles ont par ailleurs toutes contribué à structurer l'institution de la santé et des services sociaux selon des valeurs et un mode de gouvernance qui, comme le démontre le tableau en page 35, sont davantage axés sur la performance et sur l'efficacité. L'analyse des Commissions d'enquête et des groupes de travail confirme un déplacement du référentiel des politiques sociales de la santé et des services sociaux vers la privatisation progressive des services publics. Même les réformes les plus progressistes, comme la réforme Castonguay-Nepveu, ont laissé en place des structures comme les cliniques privées de médecines générales, ce qui a ouvert la voie aux GMF quelques décennies plus tard. Analyser l'organisation de la santé et des services sociaux du Québec en tenant compte de la privatisation de la santé avant la Commission Castonguay-Nepveu et après celle-ci permet de souligner qu'une partie du référentiel sur la santé – plus ou moins importante selon l'époque – a toujours été dépendante d'une logique de profit et de privatisation.

¹¹ Cette section est partiellement inspirée de conclusions faisant l'objet d'un article scientifique en cours de rédaction.

La littérature néo-institutionnaliste identifie à cet effet plusieurs stratégies de désengagement employées par les États : certaines sont plus graduelles et visent un aspect particulier, alors que d'autres sont plus rapides et abruptes (Béland, 2007, 2009, 2010; Hacker, 2004; Immergut, 1992; Mahoney et Thelen, 2009; Pierson; 2000; Thelen, 2004). En transposant ces types de transformation à la santé et aux services sociaux au Québec, on constate que différentes mesures appliquées au fil des ans, comme la sous-traitance de l'entretien ménager ou encore l'implantation d'un nouvel outil dans l'organisation du travail, sont en fait des marqueurs importants d'une tendance graduelle à la néolibéralisation de la santé. De même, les changements les plus visibles et abrupts, comme la réforme de 2015, illustrent bien la privatisation plus rapide des services publics.

La perspective féministe du néo-institutionnalisme précise par ailleurs que ce changement paradigmatique n'est possible que parce que l'État prend appui, du moins partiellement, sur une division sexuelle du travail en externalisant une partie des soins, des services et de leurs coûts vers des milieux associés au travail reproductif. Dans ce cas-ci, les soins sont externalisés au milieu communautaire, à la famille et à diverses instances comme les agences de placement. Les changements dans l'organisation ont également pour effet d'y précariser les conditions d'exercice du travail relationnel. Les politiques sociales ne sont donc ni neutres ni imperméables aux rapports sociaux. Plutôt, l'organisation des institutions se fait à partir de politiques qui prennent ancrage dans la culture, dans les rapports sociaux et dans les rapports de force (Jenson, 2004; Jenson et Sineau, 2001; Peng, 2018b), de sorte que la structuration des politiques sociales repose en partie sur les normes dominantes. Comme le démontrent les cas de la grève infirmière de 1999 et de la mobilisation de CLSC contre l'implantation d'une nouvelle méthode de travail, l'application de politiques sociales et le changement de référentiel qu'elle implique ont un impact majeur sur les conditions de travail dans l'institution de la santé et sur ce qui motive un passage à l'action politique de la part des travailleurs et travailleuses. Ensemble, les analyses féministes et néo-institutionnalistes soulignent les effets particuliers des changements de politiques sociales sur les métiers relationnels comme les soins infirmiers et le travail social, en plus de démontrer que la structuration même des politiques sociales dépend des rapports sociaux. Le chapitre suivant fait le détail de la littérature scientifique et de ce que celle-ci nous apprend sur les dynamiques de mobilisation et les manières d'en faire sens au regard de différents facteurs en jeu.

CHAPITRE 2

ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE D'ANALYSE SÉLECTIONNÉ

Ce chapitre détaille les composantes de l'approche théorique sélectionnée afin de mieux comprendre les facteurs de variation entre les mobilisations autonomes en soins infirmiers et en travail social au Québec. À partir d'une intersection entre la sociologie des mouvements sociaux et les études féministes, l'approche théorique proposée a pour objectif de saisir les enjeux du terrain et, plus largement, d'éclairer ce qui facilite et nuit à la mobilisation des métiers relationnels dans un contexte néolibéral. Avant de plonger dans cette littérature plus spécifique, l'introduction fait un survol des principales définitions des mouvements sociaux.

2.1 Mouvement social

La définition que l'on choisit pour parler des mouvements sociaux influence le traitement de l'objet ainsi que le regard que l'on peut poser sur lui (Fillieule, 2009). La sociologie des mouvements sociaux n'a pas de consensus sur la manière de définir son objet principal de recherche. Le fait de travailler sur un tel objet, qui se trouve encore au cœur de débats, présente le désavantage évident qu'il est plus difficile d'en cerner les contours, notamment à l'égard de ce qui appartient aux mouvements sociaux et de ce qui relève d'autres phénomènes. Le point de départ et les finalités de l'étude ne sont par ailleurs pas toujours clairs : est-il possible de rendre mieux compte du terrain d'étude à partir du mode d'organisation, des objectifs, des stratégies, des adversaires, des dynamiques internes ou des effets ? Dans une volonté de nommer clairement ce que sont et font les mouvements sociaux, de nombreuses définitions ont été élaborées, dont celle de Doug McAdam, Sidney Tarrow et Charles Tilly, dans l'ouvrage *Dynamics of Contention* (2001, 5). Ceux-ci considèrent ainsi que les conflits politiques sont :

episodic, public, collective interaction among makers of claims and their objects when
(a) at least one government is a claimant, an object of claims, or a party to the claims
and (b) the claims would, if realized, affect the interests of at least one of the claimants.

Cette définition incontournable de l'analyse des mouvements sociaux met de l'avant le concept de « moments protestataires » afin d'inclure plusieurs types de contestations politiques, faisant ainsi référence autant aux mouvements sociaux et aux révolutions qu'aux conflits armés. Bien que cette définition présente l'avantage de prendre en compte différents types de conflits, elle fait toutefois abstraction d'une partie moins visible, inhérente aux conflits sociaux. En intégrant à leur définition des éléments tels que le rapport à l'État, la définition de ces chercheurs, comme plusieurs autres d'ailleurs, invisibilise tout un pan de mobilisations (Goodwin et Jasper, 1999; Snow, 2004). Plusieurs actions ne ciblent en effet pas l'État et ne se tiennent pas nécessairement dans l'espace public (Brown et Pickerill, 2009; Dussault, 2022b; Maeckelberg, 2011). Une campagne peut, par exemple, viser un employeur, les médias ou encore une norme culturelle. En opposant systématiquement mouvement social et État, ce type de définition tend à réifier des positions qui ne laissent que peu de place aux mobilisations intra-institutionnelles comme celles que j'analyse dans cette thèse. En restant concentré sur les événements protestataires, on court également le risque d'occulter la vie collective qui se suit son cours durant les moments de latence (Taylor, 1989) et d'éclipser les mobilisations qui, malgré les efforts des militant·es, n'arrivent pas à être visibles.

Plusieurs auteur·es ont ainsi élaboré des catégorisations plus précises afin d'inclure les dimensions de la contestation qui sont moins facilement intégrées aux définitions classiques des mouvements sociaux. On retrouve notamment les mouvements sociaux sexués (Dunezat, 1998 ; Galerland, 2006 ; Kergoat, 1995 ; Kergoat *et al.*, 1992), genrés (Kuumba, 2001 ; Taylor, 1999), le concept d' « espace de la cause des femmes » (Bereni, 2012 ; Bereni et Revillard, 2012a, 2012b) et celui de « communauté féministe » (Blais, 2018 ; Staggenborg, 1998 ; Taylor et Whittier, 1992)¹². Les théories sur le féminisme d'État permettent quant à elles de rendre compte des liens entre l'État et la contestation sociale. Ce type de militantisme montre que l'institution peut être un relais de la cause féministe (Chappell, 2010) et peut faire partie d'une coalition aux côtés des mouvements sociaux (Holli, 2008). Le chapitre six reviendra par ailleurs sur l'intersection de l'État et des mouvements sociaux (Banaszak, 2010; Bereni et Revillard, 2018; Katszenstein, 1998a, 1998b). Cette dernière variation du féminisme d'État permet de constater que le militantisme individuel et

¹² Certaines de ces propositions sont d'ailleurs développées dans la section de la littérature sur les enjeux de genre et de rapports sociaux de sexe.

celui de groupes informels au sein d'une institution peuvent faire partie d'un mouvement social et que certaines institutions font elles-mêmes partie intégrante d'un mouvement social (Bereni et Revillard, 2018). L'analyse d'enjeux vécus par les femmes et l'analyse féministe des mouvements sociaux accordent ainsi aux rapports sociaux de sexe et au genre l'importance que d'autres approches accordent plutôt aux ressources (Gamson, 1975 ; Tilly, 1978), au calcul coût-bénéfice (McCarthy et Zald, 1977), à la réceptivité de l'État (Meyer, 2004) ou encore aux dynamiques internes liées à l'identité (Calhoun, 1993 ; Melucci, 1978 ; Touraine, 1973).

Toutes ces perspectives visent à rendre compte de sphères d'activités militantes qui ne cadrent pas avec les définitions dominantes de la sociologie des mouvements sociaux. L'enjeu de mes recherches est d'ailleurs moins de défendre une de ces options que d'élaborer une définition qui permette de reconnaître ce qui influence les mobilisations autonomes de professionnel·les de la santé et des services sociaux du Québec dans le cadre de leur travail en milieu institutionnel. En ce sens, je reprends les éléments principaux de la définition de David Snow¹³ (2004) ainsi que la proposition de Suzanne Staggenborg (1998, 2012)¹⁴. Ce faisant, je définis les mouvements sociaux comme des *projets sociopolitiques ouverts, variables dans le temps et l'espace, partagés entre individus et organisations et se rapportant à la contestation, la résistance, le changement ou la création en regard de systèmes ou de structures d'autorité*.

¹³ Suivant l'exposé de différentes critiques des définitions des mouvements sociaux habituellement employées, David Snow émet sa proposition : « I propose that we think of social movements broadly as collective challenges to systems or structures of authority or, more concretely, as collectivities acting with some degree of organization (could be formal, hierarchical, networked, etc.) and continuity (more continuous than crowd or protest events but not institutionalized or routinized in the sense of being institutionally or organizationally calendarized) primarily outside of institutional or organizational channels for the purpose of challenging existant systems of authority, or resisting change in such systems, in the organization, society, culture or world order of which they are a part » (2004, 11).

¹⁴ Suzanne Staggenborg emploie le concept de « communauté des mouvements sociaux » (1998; 2020). Dans ses mots, « the notion of a social movement community captures the idea that movements consist of networks of individuals, cultural groups, alternative institutions, and institutional supporters as well as political movement organizations » (Staggenborg, 2012, 8). Bien que je n'utilise pas la notion de communauté des mouvements sociaux, plusieurs éléments de sa conceptualisation me semblent essentiels pour comprendre les mouvements sociaux. Les travaux de Staggenborg soulignent l'importance d'une analyse des mouvements sociaux qui prend en compte à la fois le contexte et la culture (1998). Selon elle, certaines mobilisations s'expliquent mieux grâce au concept de « structure des opportunités politiques », alors que d'autres s'expliquent mieux en analysant les interactions et les référents culturels. Elle met également de l'avant l'informalité des mobilisations, un aspect qui rejoint directement ma conception des mouvements sociaux.

Les définitions qui inspirent ma réflexion ont en commun de s'extraire de la présomption d'une dichotomie État/mouvements sociaux, qui se retrouvent encore largement dans les travaux contemporains de ce champ de recherche (Ancelovici et Rousseau, 2009; Goodwin et Jasper, 1999; Snow, 2004). Il est plutôt question ici de reconnaître que les projets sociopolitiques peuvent cibler différents systèmes de pouvoir, selon des échelles variées (Fillieule, 2009; Snow, 2004). En considérant les mouvements sociaux comme des formes politiques traversant l'ensemble des sphères sociales, cette perspective permet également de reconnaître la contribution des professionnel·les dans les milieux institutionnels.

Bien que les définitions de Snow et de Staggenborg abordent chacune la relation à l'autorité et la composition des mouvements sociaux, l'apport spécifique de la définition de David Snow concerne une élaboration plus en détail de l'importance des relations de pouvoir et des systèmes de valeurs qui sont en jeu dans les mouvements sociaux et dans leurs relations avec d'autres acteurs sociaux¹⁵. L'apport de la définition de Suzanne Staggenborg concerne quant à elle son inscription dans une perspective donnant sens aux actions individuelles et à celles de plusieurs types d'acteur·trices d'un mouvement social¹⁶. Cette définition a également l'avantage de reconnaître l'action politique dans différents lieux, dont les institutions (1991; 1998; 2012; 2020). Étant donné que les mobilisations autonomes du secteur de la santé et des services sociaux sont souvent discrètes, diffuses et faites localement par des groupes informels, décroiser la conceptualisation traditionnelle des mouvements sociaux permet d'y inclure des mobilisations qui, autrement, ne seraient pas documentées au même titre que les campagnes massives, visibles et employant un répertoire d'action collective plus traditionnel.

¹⁵ « [...] [S]tructures or systems of authority – be they institutionally, organizationally, or culturally based – function, in a kind of Foucauldian fashion, to coordinate patterns of behavior and orientation, typically among a fairly large number of people, such that the activities, orientations, identities and/or interpretations of one set of actors is subordinated to the directives, mandates, and perspectives and framings of another set of actors (superordinates) or privileged cultural texts, narratives, or codes. The relevance of systems of authority to social movements, as argued, is that they typically are the targets of, and sometimes the inspirational sources for, the challenges mounted by social movements » (Snow, 2004, 13).

¹⁶ « [...] I use the concept of social movement communities to encompass all actors who share and advance the goals of a social movement : movement organizations; individual movement adherents who do not necessarily belong to SMOs; institutionalized movement supporters; alternative institutions; and cultural groups » (Staggenborg, 1998, 182). Soulignons également que d'autres chercheur·es analysent le processus individuel pour comprendre les mouvements sociaux. C'est le cas notamment d'Olivier Fillieule (2001), qui théorise le militantisme à partir d'une analyse de l'engagement politique individuel.

La sociologie des mouvements sociaux convoque par ailleurs plusieurs autres propositions théoriques pour expliquer la dynamique des mouvements sociaux liés au travail. Parmi les plus connues figurent la mobilisation des ressources et la théorie du cadrage. Bien que ces théories ne soient pas utilisées dans le reste de la thèse, la centralité de leur contribution à la sociologie des mouvements sociaux, ainsi que leur influence sur d'autres courants, impose de s'y attarder, ne serait-ce que pour appuyer les choix qui ont été faits dans l'analyse de mon terrain.

2.1.1 Mobilisation des ressources

En développant une nouvelle perspective analytique et un langage propre à l'analyse des mouvements sociaux, la théorie de la mobilisation des ressources visait initialement à répondre et à invalider les théories provenant de la psychologie des foules, selon lesquelles les mouvements sociaux seraient guidés par des pulsions irrationnelles (Edwards et Foley, 2003; Edwards et Gilham, 2013; Ferree et Miller, 1985; Jenkins, 1983; McCarthy et Zald, 1977; Tilly, 1978). En bref, cette théorie explique l'action et le succès d'un mouvement social à partir des liens et des ressources que le mouvement est apte à rassembler afin de répondre à un besoin (*grievance*). C'est en ayant les bonnes ressources matérielles, sociales, humaines et culturelles que les mouvements peuvent passer à l'action, influencer le pouvoir et faire des gains. Ce faisant, la théorie de la mobilisation des ressources explique la variation des mobilisations en fonction des outils, des liens, des ressources et du capital accumulé. Il s'agit d'une théorie phare qui explique certains aspects des mobilisations, tout particulièrement dans le cas de mouvements sociaux de masse qui adressent une ou des demandes à l'État, et des groupes qui utilisent des stratégies d'action telles que le lobbying.

La prémisse de rationalité de la mobilisation des ressources, à laquelle j'adhère en grande partie, a par ailleurs eu pour effet de mettre l'accent sur le volet le plus organisé et le plus structuré des mouvements et des groupes. Cette perspective permet de dépeindre les mobilisations comme « plus organisées qu'elles ne le sont » et comme une forme de politique plus conventionnelle et normalisée qu'elle ne l'est [ma traduction] (Piven et Cloward, 1991, 436). Des travaux plus récents répondent en partie à cette critique en analysant des groupes moins structurés et plus informels (Edwards et Foley, 2003). Malgré cette prise en compte relative de l'informalité par l'approche de la mobilisation des ressources, les types de mobilisations observées dans le cadre de cette thèse

relèvent encore plus fortement de l'informel. Les actions étudiées dans ce terrain sont menées par des personnes qui ne font pas partie d'un groupe formel, ce qui rend difficile l'usage de l'approche de la mobilisation des ressources. Il reste que les réflexions des dernières années sur la production et sur le rôle des ressources ont fait une théorie plus nuancée qu'à ses débuts, notamment à l'égard de la répartition des ressources (Piven et Cloward, 1991). En soulignant le fait que l'accès aux ressources est de prime à bord inégalement réparti, les plus récentes études proposent de parler de moyens d'accès à des ressources et non pas uniquement de leur disponibilité (Edwards et Gilham, 2013; Edwards et al., 2018).

2.1.2 Cadrage

La théorie du cadrage se veut quant à elle une réponse à différentes critiques adressées à la psychologie sociale et à la mobilisation des ressources, notamment quant au manque de prise en considération d'éléments culturels et discursifs (Revillard, 2003; Snow et al., 2019). Avant son application à l'étude des mouvements sociaux, le cadrage est une proposition de Erving Goffman qui cherche à comprendre ce qui se joue dans l'interaction entre les individus et ce qui influence la perception individuelle du fait social (1986 [1974]). Le cadre est une construction cognitive et discursive qui propose une interprétation du social qui est ensuite reproduite dans l'interaction. En sociologie des mouvements sociaux, le cadrage permet d'analyser le sens des schémas discursifs et des interactions façonnant le fonctionnement des groupes, les acteurs, les modes de recrutement, les alliances, les événements, les revendications et les lieux significatifs (Benford, 1993; Benford et Snow, 2000; Diani, 1996; Hunt et Benford, 1994; Snow et al., 1986; Snow et al., 2019; Tarrow, 1998). Le processus de cadrage permet ainsi de travailler le sens collectif donné au « nous » et à la légitimité d'action, recadrant ainsi le sens d'un enjeu.

Différents schémas d'interprétation sont utilisés à ces fins, les plus connus étant les cadres de diagnostic (ce qui fait problème), de pronostic (comment changer ce qui pose problème) et motivationnel (appelant à l'action), ainsi que les processus d'alignement des cadres (différents types d'ajustement du cadre pour faciliter la participation) (Snow et al., 1986). La notion de « *bridging* » est à retenir pour l'analyse de mobilisations peu structurées comme celles à l'étude dans la mesure où il s'agit d'un processus d'alignement favorisant la coordination, voire la formation de coalitions, entre différents groupes. Dans le cas d'une étude de l'activité politique

d'acteurs et d'actrices peu organisés·es comme celle que je mène, le cadrage peut aider à identifier ce qui permet le passage à l'action. De plus, la place donnée aux valeurs, aux normes et aux pratiques dans l'explication de l'organisation d'une campagne facilite la prise en compte d'éléments qui sont particuliers à chaque profession pour en expliquer les variations.

La volonté de tout saisir par un seul modèle reste par ailleurs centrale dans la tendance à créer des cadres et d'y ajouter des facteurs de variations qui expliqueraient une dynamique plutôt qu'une autre. Dans leur revue de littérature, Robert Benford et David Snow (2000) donnent en exemple le *boundary framing*, l'*adversarial framing*, l'*injustice framing* et le *motivational framing*. Ils identifient de plus les différentes qualités des cadres qui peuvent peser sur la dynamique de mobilisation : « problem identification and direction or locus of attribution; flexibility and rigidity, inclusivity and exclusivity; interpretive scope and influence; and degree of resonance » (2000, 618). Plus récemment, d'autres chercheurs ont ramené l'architecture du cadrage à neuf concepts et processus : « (1) collective action frames; (2) master frames; (3) core framing tasks; (4) discursive mechanisms/processes; (5) discursive opportunity structures and fields; (6) frame crystallization; (7) frame alignment processes; (8) frame resonance; and (9) framing hazards » (Snow et al., 2019, 394). La flexibilité qu'offre la théorie du cadrage est intéressante pour identifier de manière inductive les composantes d'un mouvement. Par ailleurs, la multiplication des cadres et des éléments processuels en vient à donner une impression d'accumulation de caractéristiques à la carte qui correspondent à la multitude des situations que les mouvements sociaux ne cessent de créer. En revisitant les fondements de la théorie du cadrage, David Snow et ses collaborateurs (2019) soulignent que le cadrage ne vise pas à remplacer les autres grandes théories des mouvements sociaux. Elle sert plutôt à illuminer certaines de ses dimensions négligées, comme l'analyse du sens des mobilisations et des discours les entourant. Bien que l'étude des facteurs identitaires implique de s'intéresser aux interactions, l'objectif n'est pas de saisir le sens de tous les schémas discursifs liés à l'action contestataire dans le milieu institutionnel. En ce sens, la théorie du cadrage a également été écartée.

La suite du chapitre se penche sur trois traditions sociologiques dans lesquelles je puise des théories qui seront ensuite mises en relation. Les trois sections suivantes s'attardent ainsi respectivement à la littérature sur la structure des opportunités politiques, aux théories sur l'identité collective et à l'analyse des mobilisations à travers le prisme du genre et des rapports sociaux de sexe. L'approche

que je mets de l'avant dans cette thèse ne vise pas à invalider celles qui la précèdent. Au contraire, ma proposition est le résultat de la mise en dialogue de différentes traditions sociologiques, de leurs débats et de leurs apports respectifs. Mon approche traite de rapports sociaux de sexe plutôt que de genre, et de structure des opportunités spécifiques plutôt que de processus politique. Elle adopte donc un angle précis pour analyser l'identité collective, ce qui est également le résultat de ce que mon terrain a mis en évidence. J'ai en effet débuté ma collecte de données avec un cadre théorique différent et, à certains égards, trop large. C'est la parole des militant·es qui m'a permis de m'en départir, pour retourner ensuite à la littérature et faire un choix plus éclairé pour théoriser les expériences qui m'ont été partagées. Le chapitre se termine en ce sens par une section sur l'opérationnalisation et l'intersection des définitions retenues afin de rendre compte avec le plus de finesse possible des dynamiques qui expliquent la variation des mobilisations au sein des deux professions à l'étude.

2.2 Analyse du contexte : processus politique et structure des opportunités politiques

La théorie du processus politique est l'une des plus couramment utilisées de la sociologie des mouvements sociaux et a connu différentes phases de structuration. Elle est ainsi utilisée pour expliquer l'émergence, la forme, les effets et le déclin de mouvements sociaux en fonction de la conjoncture politique. En réponse aux théories issues de la psychologie et de l'économie, Charles Tilly développe en 1978 une proposition basée sur la sociologie politique, dans laquelle l'alignement des groupes d'un mouvement, la possibilité de gains grâce à une lutte et l'évaluation collective des perspectives de réussite sont les facteurs qui font varier les mobilisations. C'est par ailleurs Doug McAdam (1999 [1982]) qui nomme cette proposition « théorie du processus politique ». À partir d'une étude du mouvement des droits civiques aux États-Unis, McAdam propose de considérer le niveau du sentiment d'injustice relevant de besoins ou de revendications, le niveau d'organisation des groupes et la structure des opportunités politiques, c'est-à-dire la réceptivité, la fermeture ou le niveau de vulnérabilité du système politique. Les années subséquentes de réflexion sur le processus politique mènent à la modification de certains concepts et à l'ajout de certains autres (Caren, 2007), de sorte que la mobilisation est expliquée par cinq composantes : la structure des opportunités politiques, les structures de mobilisation, le cadrage, la dynamique des cycles de protestation (Tarrow, 1993) et le répertoire d'action collective (Tilly,

1995)¹⁷. Le concept de structures de mobilisation remplace celui de niveau d'organisation chez McAdam, ce qui permet de considérer les structures liées à un mouvement social qui sont autant formelles qu'informelles. Le cadrage remplace les notions de libération cognitive (cf. McAdam) et de sentiment d'injustice (cf. Gamson), ce qui permet plutôt de parler de stratégies collectives d'organisation de la mobilisation et des schèmes discursifs. Bien que ces phases de structuration de la théorie du processus politique amènent plusieurs nuances, il reste que plusieurs chercheurs critiquent la logique structuraliste qui suppose une certaine stabilité dans la forme et dans le temps (Caren, 2007). D'autres déplorent pour leur part le manque de prise en considération de composantes culturelles comme les émotions et l'identité (Goodwin et Jasper, 1999 ; Polletta, 1999b). Afin de prendre au sérieux l'aspect dynamique des mouvements sociaux, McAdam, Tilly et Tarrow, dans leur ouvrage *Dynamics of Contention* (2001), se sont quelque peu éloignés de ces cinq composantes, ce qui les a dès lors amenés à insister sur les mécanismes environnementaux, relationnels et cognitifs.

Puisque cette perspective part de la prémisse selon laquelle le système politique occupe une place fondamentale dans l'activité d'une société (Kriesi, 2009), le concept de « processus politique » ne considère que les mobilisations dans lesquelles ce système politique est concerné de près ou de loin, que ce soit en tant qu'adversaire, intermédiaire ou régulateur (Tilly, 1978). C'est précisément parce que le système politique est impliqué de près ou de loin que l'action collective est considérée comme politique. Sur cette base, le processus politique analyse les démarches de *challengers* (des groupes extérieurs au système politique comme les mouvements sociaux) auprès d'*insiders* qui eux font partie du système, afin de mettre de l'avant des demandes et éventuellement faire des gains. En ne tenant compte que des formes les plus évidentes de mobilisation, comme les manifestations couvertes par des médias, tout un pan d'activité militante est occulté (Ancelovici, 2021 ; Ancelovici et Rousseau, 2009). Le rapport à l'État, ou, plus largement, au système politique tel que conceptualisé par l'approche du processus politique, signifie également que les mouvements sociaux sont des entités qui se situent à l'extérieur de la politique institutionnelle. Pourtant, plusieurs études démontrent que ces frontières ne sont pas toujours présentes ou imperméables. Par

¹⁷ Bien qu'un répertoire puisse contenir plusieurs formes d'actions, à la fois collectives et individuelles, ce terme s'écrit en français « répertoire d'action collective » (Filieulle, 2010 ; Péchu, 2020). Tous les mots sont donc au singulier.

exemple, les travaux de Laure Bereni (2012) soulignent l'importance du féminisme d'État comme acteur déterminant dans l'espace de la cause des femmes (voir aussi Banaszak 2010).

Dans l'ensemble, le processus politique est une théorie qui éclaire des aspects importants des mouvements sociaux et identifie plusieurs facteurs qui influencent la mobilisation. Les lacunes précédemment nommées sont en grande partie comblées par les plus récents travaux, qui combinent l'approche du processus politique et d'autres théories et qui élargissent certaines des catégories d'analyse utilisées. Le cadre théorique développé pour cette thèse se réfère ainsi à des concepts tirés du processus politique, notamment la structure des opportunités politiques et le répertoire d'action collective. J'écarte par ailleurs la théorie du cadrage à cause de l'accumulation de cadres discursifs qu'elle implique et je ne la considère pas comme étant essentielle pour réfléchir au terrain ciblé. Le concept de « structures de mobilisation » et la dynamique des cycles de protestation du processus politique sont également délaissés parce qu'ils réfèrent à une échelle de mobilisation trop large pour analyser ce qui se passe dans un milieu de travail précis. C'est également ce qui m'amène à utiliser le concept de « structure des opportunités spécifiques » plutôt que celui de « structure des opportunités politiques ».

2.2.1 Structure des opportunités politiques

Le concept de « structure des opportunités politiques » (SOP) sert à expliquer l'influence de l'environnement politique sur une mobilisation. En identifiant différents facteurs, la SOP permet de déterminer si le contexte politique a pour effet de faciliter, limiter ou orienter l'action collective, la forme que prend la participation, le type de tactique utilisée et la forme des organisations (Ancelovici, 2021; Meyer, 2004). Conséquemment, de nombreux travaux soulignent l'impact du type de système politique national, des changements de politiques sociales, de la cohésion des élites, de la présence d'alliés institutionnels et du niveau de répression sur la dynamique de la mobilisation (Kriesi et al., 1995; McAdam, 1999 [1982]; Meyer, 2003, 2004; Tilly 1978; Van Dyke et Soule, 2002). À partir d'études longitudinales, plusieurs concluent qu'il existe une relation curvilinéaire entre l'ouverture politique et les événements protestataires des mouvements sociaux (Kriesi et al., 1995; McAdam, 1999 [1982]; Meyer, 2004 ; Tilly, 1978). Plus précisément, il ne s'agit pas de savoir s'il y a ou non une ouverture à certaines revendications ou à certains modes d'action. Il s'agit plutôt de comprendre comment ces ouvertures sont distribuées, quels sont les

freins supplémentaires auxquels font face certains groupes ou certaines franges de la population et comment ces opportunités changent à travers le temps et en fonction de différents facteurs :

In other words, there always are opportunities in a given society. The question is not whether they are absent or present, but how they are distributed, how they change, and what they allow social actors to do. The concept of opportunity structure is thus closely intertwined with an analysis of inequality and aims primarily at stressing the differential access to social and symbolic goods that actors have as well as their differential capacity for acting. It highlights the asymmetries existing between social actors and the unevenness of the playing field. (Ancelovici, 2021, 158)

Les critiques de la structure des opportunités politiques sont similaires à celles concernant le processus politique : manque de considération des éléments culturels et de l'identité, et une place trop importante accordée au système politique comme unique cible (Goodwin et al., 2000; Polletta et Jasper, 2001). D'autres soulignent également le manque de précisions quant à l'usage du concept et à ses composantes (Gamson et Meyer, 1996; Meyer, 2004; Tarrow, 1998). Pour se distancier de ces limites, les travaux d'Edward Walker, Andrew Martin et John McCarthy (2008) prennent pour objet d'étude les universités et les entreprises en montrant que celles-ci contribuent elles aussi activement à modeler la dynamique de certaines mobilisations. Ces résultats permettent de souligner que la SOP ne relève pas que de l'État : d'autres acteurs en situation de pouvoir peuvent structurer les mouvements.

Parmi les variations conceptuelles qui s'avèrent intéressantes dans le cadre de cette étude, retenons celle de David Meyer (2004), qui avance que tous les groupes d'un même mouvement n'ont pas accès aux mêmes opportunités. Puisque tous les groupes ne sont pas traités de la même façon par les agents de l'État, l'accès aux sphères politiques décisionnelles est facilité pour certains d'entre eux. Ce traitement différencié a une incidence sur les capacités d'action des acteurs, mais également sur leurs perceptions de pouvoir agir. C'est en ce sens que Meyer, à l'instar d'autres chercheurs, insiste sur l'importance de prendre en compte la façon dont les personnes perçoivent et cadrent discursivement la structure des opportunités (Gamson et Meyer, 1996; Kurzman, 1996; Meyer et Minkoff, 2004). Au-delà donc de l'accès réel à une ressource, les inégalités sociales font en sorte que les groupes les plus vulnérables ont souvent plus de difficultés à se situer dans le contexte politique et à se saisir de moyens pour y promouvoir leur cause. Meyer, dans ses travaux

conjoints avec William Gamson (1996), apporte d'autres nuances importantes qui permettent de rendre le concept plus dynamique et de prendre davantage en compte l'agentivité des acteurs et des actrices; les chercheurs soulignent notamment que les groupes créent parfois leurs propres opportunités et bénéficient de celles que leurs prédécesseurs ont créées.

2.2.2 Structure des opportunités spécifiques

Marco Giugni (2008) oriente différemment son analyse du contexte en s'attardant à la façon dont des secteurs et des politiques spécifiques, plutôt que l'État dans son ensemble, structurent les mobilisations. Grâce à une étude du mouvement des sans-emploi, Giugni avance que, pour plusieurs mouvements, tout particulièrement ceux composés de membres des populations vulnérables, le contexte politique général a moins d'influence que le degré d'ouverture sectorielle. Cette étude, dans laquelle le concept de structure des opportunités spécifiques est détaillé, fait suite à d'autres recherches ayant fait état de l'importance du niveau sectoriel pour expliquer les mobilisations de groupes socialement désavantagés, soit les sans-emploi et les personnes migrantes (Berclaz et Giugni, 2005; Koopmans et al., 2005). Ce changement d'échelle permet de constater d'autres types d'ouverture et de fermeture qui, autrement, ne seraient pas perçues par les chercheur·euses. Dans le cas des variations expliquant les mobilisations des sans-emploi dans différents contextes nationaux, Giugni souligne que le contexte national influence moins la mobilisation que le type de programme d'aide aux sans-emploi (2008) et les différents éléments discursifs qui leur sont liés (Berclaz et Giugni, 2005). C'est en ce sens que le cadre théorique développé pour ma thèse emploie le concept de structure des opportunités spécifiques plutôt que l'une des alternatives précédentes.

Suivant la proposition de Giugni, la réponse à la question de la possibilité d'agir pour des travailleur·euses du *care* peut se retrouver dans le traitement que provoque un type de gestion, une réglementation ou encore un programme sectoriel. La force de cette proposition réside dans le fait qu'elle ne limite pas son explication au contexte national pour mettre de l'avant les particularités sectorielles, sachant que ces deux explications ne sont pas mutuellement exclusives. En ce sens, cette variante de la perspective classique de la structure des opportunités politiques permet une analyse plus fine du contexte dans lequel opèrent différents groupes d'action collective (Dufour et Ancelovici, 2018). L'étude comparée de Giugni qui s'intéresse aux enjeux du chômage dans six

pays différents reste somme toute à une échelle assez large pour expliquer la mobilisation. En ce qui concerne l'étude de la variation de la mobilisation entre deux professions d'une même institution, j'étends l'idée au contexte local des établissements et aux dynamiques internes qu'on y retrouve.

L'analyse des opportunités sectorielles aide à circonscrire les dynamiques de mobilisation en soins infirmiers et en travail social dans la mesure où ces domaines sont sous-estimés par l'institution de la santé. En effet, la division sexuelle du travail les place à la fois dans des positions dévalorisées par rapport aux autres professions et dans un positionnement hiérarchique les excluant des instances décisionnelles. Encore composés à plus de 80 % de personnes s'identifiant comme femme, les emplois comme le travail social et les soins infirmiers sont désavantagés par l'iniquité salariale, les congés de parentalité et le manque d'accès aux instances décisionnelles nationales. L'asymétrie systémique les plaçant dans une position dévalorisée et subordonnée se reflète finalement dans les interactions et les représentations qui leur sont apposées, reproduisant et légitimant des conditions de travail insuffisantes et un manque de reconnaissance de leurs qualifications.

Malgré ces inégalités, précisons toutefois que les soins infirmiers et le travail social ne se situent pas complètement au bas de l'échelle. Les emplois qui ne sont pas reconnus comme des professions, qui sont majoritairement composés de personnes racisées et dont la formation ne nécessite pas d'études universitaires, sont beaucoup plus vulnérables. C'est le cas de l'entretien ménager et de l'aide aux bénéficiaires ou à domicile. Bien qu'il ne s'agisse pas de cas extrêmes, la reconnaissance des soins infirmiers et du travail social est affectée par les effets des rapports sociaux de sexe traversant l'organisation de la santé et des services sociaux.

Dans sa forme traditionnelle, la structure des opportunités politiques ne donne que peu d'information sur ce qui fait varier la mobilisation entre deux professions relevant du même contexte national. La notion de structure des opportunités spécifiques permet de mieux comprendre si le contexte lié à une institution en particulier influence la possibilité pour les travailleurs et travailleuses d'y défendre leurs conditions de travail. Pour ma thèse, les secteurs étudiés sont ceux de la santé (principalement composé des hôpitaux) et ceux des services sociaux (comprenant principalement les centres locaux de services communautaires [CLSC]). Bien que les deux corps

professionnels se retrouvent dans chacune de ces institutions, les infirmières et infirmiers sont largement plus présents dans le milieu hospitalier et, inversement, les travailleuses sociales et travailleurs sociaux ont une présence plus importante en CLSC. Malgré la centralisation des pouvoirs, qui s'est accentuée depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, ces secteurs d'activité sont notamment caractérisés par une gestion locale et une hiérarchie différente, ce qui suppose une structure d'opportunités distincte qui pourrait expliquer la variation en matière de mobilisation. La sévérité de l'encadrement des soins infirmiers par la loi sur le maintien des services essentiels et la structure hiérarchique plus rigide qui les encadrent lorsque comparés au travail social peuvent être considérés comme des éléments influençant les opportunités politiques locales. En effet, la hiérarchie entre les membres du personnel médical est plus clairement définie dans le cas des soins infirmiers. Bien qu'il relève parfois de la médecine et que plusieurs paliers de gestion cadrent sa pratique, l'accès du travail social aux réunions intersectorielles est plus commun qu'en soins infirmiers. Cet accès différé à un lieu décisionnel local pourrait expliquer, en partie du moins, la manière dont les opportunités se distribuent entre les deux professions.

Par ailleurs, plusieurs autres facteurs doivent être pris en considération. Malgré l'accès du travail social à davantage d'instances décisionnelles que les membres du corps infirmier, il semble que les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux aient plus de difficulté à comprendre leur place dans l'organigramme de la santé, ce qui distingue leur travail des autres professions. Ce flou a un effet direct sur ce qu'ils et elles sont à l'aise de refuser comme tâches supplémentaires. Comme détaillé dans les chapitres suivants, ce n'est que peu le cas pour le personnel des soins infirmiers, pour qui la place au sein de l'institution, le mandat et les tâches associées sont clairement définis. Les différences de compréhension du mandat ainsi que la clarté de l'identité professionnelle en soins infirmiers pourraient constituer des facteurs d'influence du passage à l'action.

Malgré ses avantages, le concept de structure des opportunités spécifiques reprend certaines limites de la structure classique des opportunités politiques. Il reproduit en effet la division institution/mouvement social en négligeant la partie des mobilisations présentes au sein même des institutions (Dufour et Ancelovici, 2018). Les travaux qui convoquent ce concept ont tendance à ne considérer que des facteurs externes relevant de l'État et des politiques publiques pour expliquer l'émergence des mobilisations. Pourtant, comme le souligne Giugni (2008), différents facteurs internes aux groupes mobilisés doivent également être pris en compte, notamment l'identité

collective et les ressources dont disposent les groupes pour passer à l'action. Par conséquent, si la perspective de la structure des opportunités spécifiques est utilisée pour comprendre la mobilisation au sein des métiers relationnels, elle ne suffit pas à elle seule pour expliquer les variations constatées. C'est en ce sens que mon cadre théorique mobilise également les concepts d'identité collective et de rapports sociaux de sexe.

2.3 Analyse des facteurs culturels : l'identité collective, le réseau social et les émotions

Considérant que mon cadre théorique se base en partie sur le concept d'identité collective, celui-ci sera présenté dans les prochains paragraphes, notamment dans la perspective développée par Christina Flesher Fominaya (2010, 2018). Je discuterai également de la perspective des « nouveaux mouvements sociaux », qui a été particulièrement influente dans les années 1980. La littérature touchant à des concepts connexes mobilisés dans cette thèse sera également détaillée, soit le réseau social, le processus de délimitation et la littérature portant sur la sociologie des émotions.

2.3.1 Nouveaux mouvements sociaux

La théorie des nouveaux mouvements sociaux vise à faire voir la multiplicité des modalités d'action possibles, des causes et des identités à partir desquelles les personnes se rassemblent et agissent collectivement. En réaction à la tendance à ne traiter que du mouvement ouvrier, des sociologues comme Alain Touraine (1973), Alberto Melucci (1978, 1980) et Claus Offe (1985) ont élaboré une perspective selon laquelle un nouveau type de mouvement social aurait émergé dans la deuxième moitié du XX^e siècle. Dans une société dite post-industrielle, dans laquelle les gens seraient affranchis des besoins matériels de base (Inglehart, 1990), de nouvelles formes et causes sociales pourraient émerger (Scott, 1990). C'est à partir de cette logique que l'étude du mouvement ouvrier est graduellement délaissée au profit de l'analyse de mouvements axés sur des revendications identitaires et des enjeux culturels. La théorie des nouveaux mouvements sociaux s'appuie donc sur une analyse des mobilisations dont la cause et les objectifs seraient récemment apparus, comme les mouvements féministes, écologistes, gais et lesbiens. En ce qui a trait à ces phénomènes émergents, l'État n'occupe plus la place invariable de l'opposant : il est plutôt remplacé par un groupe polymorphe aux valeurs opposées.

Ceci étant dit, je considère que la théorie des nouveaux mouvements sociaux fait davantage office d'incontournable dans le champ de l'histoire de la sociologie des mouvements sociaux qu'elle n'est une option pertinente pour comprendre les mobilisations. L'idée selon laquelle le contexte postindustriel se traduirait par une multiplication de mobilisations axées sur l'identité et les valeurs a depuis longtemps et à de nombreuses reprises été réfutée (Blais, 2018; Calhoun, 1993; Ferree et Mueller, 1993). Les revendications identitaires faisaient partie des luttes sociales et ouvrières du XIX^e siècle, tout comme au XXI^e siècle les revendications matérielles font partie des mobilisations des femmes, des communautés 2SLGBTQIA+¹⁸, des personnes racisées et des personnes sans statut. Néanmoins, les facteurs culturels mis de l'avant par la théorie des nouveaux mouvements sociaux constituent une contribution sociologique importante. Sans pour autant utiliser cette proposition, mon cadre théorique s'en inspire et utilise spécifiquement le concept d'identité collective de même que certaines de ses composantes, notamment les émotions.

2.3.2 Identité collective

Déployé en réponse aux théories antérieures, qui peinaient à expliquer la dimension de l'engagement liée aux émotions, à la psychologie et à la culture, le concept d'« identité collective » a permis aux chercheurs et aux chercheuses de s'extraire de certaines limites de l'analyse structuraliste liées aux objectifs formels et au rapport à l'État. Les théories de l'identité collective se penchent plutôt sur le sens et sur les motifs des mobilisations (pourquoi se mobiliser?) (Polletta et Jasper, 2001; Flesher Fominaya, 2010). L'identité collective est ainsi principalement utilisée en sociologie des mouvements sociaux comme une alternative ou un complément à une analyse axée sur le rôle des intérêts matériels afin d'expliquer la cohésion et la durée de l'engagement dans le temps. Elle est donc utilisée à la fois pour comprendre l'émergence, le fonctionnement et les effets des mouvements. En ce sens, ce concept fournit de nouvelles réponses pour comprendre la mobilisation en mettant en évidence les effets de la contestation sur les normes et sur la culture.

On explique en partie l'identité collective par des éléments observables comme les symboles partagés, les termes, les lieux et les habitudes communes à un groupe d'action collective ou à un mouvement (Hunt et Benford, 2004). L'identité collective se trouve dès lors filtrée par plusieurs

¹⁸ Bispirituel·les, lesbiennes, Gais, Bisexuel·les, Transgenres, Queer, Intersexes, Asexuel·les ou en questionnement et d'autres orientations sexuelles et identités de genre.

autres facteurs, que différentes traditions sociologiques ont tenté d'expliquer. L'une des principales contributions contemporaines à la conceptualisation de l'identité est celle d'Alberto Melucci (1985, 1995). En s'inscrivant en opposition aux théories marxistes expliquant l'action collective par les intérêts de classe qui seraient donnés d'emblée, Melucci soutient que l'identité se construit. Dans cette perspective, elle n'est ni fixe ni donnée par un groupe ou par un état préexistant. Selon Alberto Melucci (1995), le mouvement se construit à partir du processus identitaire par lequel les individus se lient et interagissent. D'autres chercheur·euses soulignent par ailleurs le fait qu'au-delà de l'importance du processus, le résultat de la mobilisation est tout aussi important pour comprendre ce qui rassemble les militant·es (Snow, 2001). Pour identifier ce qui compose l'identité collective, Nancy Whittier (1995) propose à cet effet de regarder les actions en elles-mêmes ainsi que les interactions observables, au sein desquelles se retrouverait l'identité collective. Finalement, d'autres auteurs comme Mark Granovetter (1973) soulignent l'importance de l'analyse des liens sociaux entre individus pour comprendre l'organisation d'un réseau ainsi que les informations qui y circulent. Le chapitre 6 reviendra d'ailleurs sur ces éléments.

L'une des définitions principales de l'identité collective des mouvements sociaux, mise de l'avant par Francesca Polletta et James Jasper (2001), soutient plutôt que celle-ci est en fait ressentie individuellement, de sorte que c'est le sentiment d'appartenance des individus qui les rattache au collectif. Ici, l'identité est à la fois imaginée et ancrée dans des groupes réels, se développant continuellement en fonction des interactions. La perspective de Polletta et de Jasper vise plus largement à mettre de l'avant une sociologie des mouvements sociaux qui pense la culture, l'identité et les émotions comme des facteurs constitutifs des mobilisations. Bien que Polletta (1999a, 1999b, 2002) et Jasper (1998, 2014) aient apporté des contributions incontournables à la conceptualisation de l'identité collective, je me saisis pour ma part de la définition proposée par Christina Flesher Fominaya (2010, 2018). Malgré l'importance du collectif et des enjeux structurels au cœur de la définition de Polletta et Jasper, celle-ci insiste trop sur les perceptions individuelles. Plutôt que de devoir choisir entre une identité qui serait du ressort de l'individu, du collectif ou de la structure, la proposition de Flesher Fominaya (2010, 2018) a l'avantage d'accorder de l'importance à toutes ces options.

Aux questions sur l'origine de l'identité, Flesher Fominaya répond que celle-ci est à la fois le résultat de la perception individuelle, des interactions, des actions et du contexte. En actualisant

certaines éléments de la proposition de Melucci (1995), Flesher Fominaya met de l'avant une définition processuelle de l'identité collective, à la fois développée chez l'individu grâce au sentiment d'appartenance, au sens et à l'émotion, puis construite collectivement par l'interaction, les croyances communes, la réciprocité, l'action et le contexte (2010, 2018). Cette conception prend autant en compte les processus internes aux mouvements que les processus externes et contextuels. En analysant des mouvements en ligne comme *Anonymous* et des mouvements de reconnaissance identitaire peu structurés, Flesher Fominaya (2010, 2014, 2015, 2018) propose une définition qui a l'avantage d'expliquer ce qui lie les individus se rassemblant à l'extérieur d'instances formelles. Cette proposition est particulièrement pertinente pour le cas à l'étude, qui rassemble des professions peu structurées politiquement, dont l'identité professionnelle et politique est à plusieurs égards ambiguë et dans laquelle on retrouve une part importante d'actions individuelles. En adoptant cette conceptualisation de l'identité, mon étude permet d'illustrer de quelle manière ses différentes composantes favorisent le développement d'une identité collective politique dans les métiers relationnels, de sorte à faciliter l'engagement et une transition des stratégies individuelles et discrètes vers des stratégies collectives et plus visibles.

Le second élément de la pensée de Melucci (1995) que retient Flesher Fominaya est la relation entre le contexte, l'identité et le passage à l'action. Ce faisant, la perception des opportunités reste déterminante dans l'actualisation des possibilités d'agir et des manières de faire. Plutôt que d'aborder séparément les théories de l'identité collective et de la structure des opportunités politiques, Flesher Fominaya ancre le processus identitaire dans les structures en place, ce qui permet de mieux situer d'une part ce qui contraint le sentiment d'appartenance dans certains milieux et d'autre part le type de passage à l'action.

Il est possible, en retournant aux multiples travaux portant sur l'identité collective en sociologie des mouvements sociaux, d'en retirer une impression de concept fourre-tout (Polletta et Jasper, 2001) puisqu'on y parle à la fois d'individu, de collectif, d'émotions, de culture, de représentations, de normes, d'interactions, de sens et d'attachement. L'identité est à la fois décrite comme un produit et un processus, un sentiment individuel et des interactions collectives visibles. Le tout mène de surcroît vers des méthodes d'analyse très différentes et parfois irréconciliables. Si le concept d'identité collective est considéré comme difficile à documenter empiriquement, le fait de partir de la parole des militants et militantes a l'avantage de mettre en relation différentes

compréhensions de ce qui unit les individus au collectif. Dans cette thèse, la création d'un corpus militant, qui retrace les mobilisations menées depuis 2015, ainsi que l'usage d'entretiens qui permettent de saisir les perceptions individuelles et collectives de l'action politique, facilite l'identification d'éléments à la portée plus généralisable.

2.3.3 Réseau, délimitation et autres processus identitaires

Parmi les nombreux concepts qui sont compris dans les théories de l'identité collective, certains sont particulièrement pertinents pour l'étude comparée de mobilisations. Les chapitres d'analyse reviennent en ce sens davantage sur le réseau social et sur le travail de délimitation (*boundary work*).

Réseau social

Le « réseau social » est l'un des concepts de base de la sociologie des mouvements sociaux et est largement lié au travail de l'identité collective. Le réseau social agit comme une toile de liens tissés par des acteurs à partir de leurs intérêts communs, de leur expérience partagée et de leurs relations sociales communes (Haunss, 2022; Passy et Giugni, 2001; Reger, 2021; Snow et al., 1980). Plus précisément, Florence Passy et Marco Giugni (2001) en distinguent trois fonctions principales : lier les gens pour profiter plus facilement d'une opportunité d'agir, familiariser les individus à l'action collective et, ce faisant, influencer leur passage à l'action. En ce sens, l'appartenance à un réseau social donné constitue la principale explication de l'engagement des individus. Le réseau social peut être formel, soit relevant de liens avec des groupes structurés et officiels, ou informel, c'est-à-dire composé de liens provenant d'autres types de relations, comme l'amitié ou le voisinage (della Porta et Diani, 2006; Passy et Giugni, 2001).

Le réseau social agit également comme point de référence culturelle. Les liens qui forment le réseau social révèlent des référents culturels partagés et des modes d'interaction similaires. Il renseigne également sur les émotions fortes partagées, ainsi que les pratiques et les lieux communs (Goodwin et al., 2001; Passy et Giugni, 2001; Van Ness et Summers-Effler, 2018). Les réseaux sociaux se développent ainsi dans des espaces traversés par différents rapports sociaux, influençant la forme du réseau et le type de militantisme développé (Freeman, 1973; Reger, 2021; Taylor, 1999).

Délimitation

La proposition conceptuelle de Cristina Flesher Fominaya met particulièrement de l'avant l'un des mécanismes qui constituent l'identité, soit le travail de délimitation (*boundary work*)¹⁹. Traitée par plusieurs auteur·es (Flesher Fominaya 2007; Hunt et Benford, 2004; Snow, 2001; Taylor et Whittier, 1992; Tilly, 2004), la notion de délimitation met en lumière les stratégies d'un groupe pour se distinguer des autres et, ce faisant, mettre de l'avant ce qui caractérise les membres. L'étude de ce processus permet de mieux discerner le fonctionnement d'un groupe, ses principes, son esthétique et les stratégies employées. En se distinguant des autres, les individus et les collectifs cernent davantage ce qui les caractérise et affirment donc plus facilement leur propre identité. La notion de délimitation met également en lumière le fait que tout n'est pas uniformément partagé entre les membres d'un mouvement; tout n'est pas dit de la même manière ou ressenti également. Présentes au sein de tous les mouvements, ces contradictions internes, qui peuvent même devenir des ruptures, sont l'occasion pour un groupe de saisir ce qui les unit, les limites de leur identité, les points qui font débat ainsi que ceux qui subissent des changements. La délimitation peut en ce sens s'effectuer entre personnes d'un même groupe, ce qui a pour effet d'en exclure certaines franges (sur la base d'idées ou de pratiques) et, dans le même mouvement, de préciser qui peut en faire partie. La délimitation fait donc partie intégrante des stratégies de distinction et de classement qui sous-tendent le maintien de frontières symboliques. On la retrouve, par exemple, au sein des groupes féministes lesbiens des années 1970 et 1980 aux États-Unis. Ces groupes ont entre autres créé des espaces de non-mixité et mis sur pied des ressources spécifiques pour développer leur identité et répondre à leurs besoins (Taylor et Whittier, 1992). Ce travail de délimitation a permis de mettre de l'avant une reconfiguration du rôle des femmes et de leur position sociale, mais il a également mis en lumière d'autres délimitations reproduisant dans le mouvement des femmes des biais classistes et racistes (Reger, 2021; Suarez, 2019). Ce faisant, la délimitation effectuée a eu pour effet de limiter le profil de celles qui pouvaient se reconnaître dans ce féminisme.

¹⁹ D'autres mécanismes comme la négociation sont également documentés dans la littérature scientifique (Hunt et Benford, 2004; Reger, 2021; Taylor et Whittier, 1992). Je ne les présente pas ici car j'estime qu'ils ne permettent pas une meilleure compréhension des variations des dynamiques de mobilisation. C'est également le cas pour des concepts comme le *identity salience* (Stryker, 1968, 1980), visant à hiérarchiser l'importance des composantes identitaires d'une personne et, ainsi, à expliquer son action en regard des éléments prédominant (Van Dyke et Cress, 2006).

En contexte de crise, d'affrontement ou d'urgence, comme c'est le cas lors de la montée de contre-mouvements, les différences internes à un mouvement s'amenuisent. L'urgence d'agir contre une menace prend le dessus sur les mécanismes d'exclusion et sur les conflits internes qui peuvent diviser un mouvement ou limiter le sentiment d'appartenance (Van Dyke et Cress, 2006). Les travaux de Hunt et Benford (2004) soulignent à cet effet l'importance des tactiques de contrôle pour maintenir l'identité collective d'une manière particulière, par exemple à travers l'usage des rumeurs, de la ridiculisation et de la censure. Si certains de ces mécanismes de délimitation sont utilisés en travail social et en soins infirmiers pour se distinguer d'autres professions comme la médecine et la gestion (voir le chapitre six), mon étude contribue à la littérature sur le processus de délimitation en soulignant l'importance de l'humour pour structurer l'identité professionnelle des métiers relationnels et de leur potentiel politique.

2.3.4 Émotions

Depuis une vingtaine d'années, l'analyse des émotions occupe une place grandissante au sein de la sociologie des mouvements sociaux et de l'action collective (Goodwin et al., 2001; Jasper, 1998, 2014; Van Ness et Summers-Effler, 2018). Le facteur central pour expliquer les manifestations a longtemps été l'irrationalité des émotions et le caractère incontrôlable d'une foule ou d'un individu. La sociologie contemporaine des émotions considère toutefois que l'émotion est culturellement et socialement construite (Hochschild, 1979). Elle peut être autant spontanée et irréfléchie que rationnelle et calculée, au point de pouvoir même faire l'objet d'une stratégie politique ou communicationnelle (Goodwin et al., 2001).

La sociologie des émotions s'attarde notamment au travail identitaire accompli par les groupes d'action collective. D'une part, les émotions partagées entre les membres d'un groupe influencent le travail identitaire. D'autre part, celles-ci peuvent s'insérer dans un « travail émotionnel », par exemple pour transformer la honte ou la peur en une colère qui alimente l'action (Goodwin et al., 2001; Gould, 2002; Taylor, 1999). L'émotion peut ainsi faciliter l'engagement et le passage à l'acte, tout comme le maintien de liens interpersonnels (Van Ness et Summers-Effler, 2018; Taylor, 1989).

Dans une revue de la littérature s'intéressant à la place des émotions dans la sociologie des mouvements sociaux, Justin Van Ness et Erika Summers-Effler distinguent deux grandes catégories d'émotions :

Primary emotions, such as fear, anger, happiness, and sadness, are universal and form the basis for more complex and culturally-defined emotions. Ekman (1977) extends this primary list to include surprise, disgust, and contempt. Secondary emotions, such as shame, disappointment, pride, alienation, hate, anxiety, indignation, and awe, just to name a few, are the more socially constructed emotions and are often combinations of primary emotions with varying valences. Turner and Stets (2005) argue that humans are responsive to the expression of primary emotions during social interaction (e.g. face-to-face involvements during a protest situation). Also, Jasper (1998) argues that secondary emotions, such as outrage and pride, may be more influential for ongoing political involvement (e.g. sustaining commitment to an organization and ideology). (2018, 417).

C'est à partir de cette réflexion sur l'influence de la culture, du contexte et de la cognition que James Jasper (1998) propose une distinction entre les émotions partagées dirigées vers un acteur externe au groupe – par exemple, un opposant (*shared emotion*) –, et les émotions réciproques entre membres d'un groupe, comme la solidarité (*reciprocal emotion*). Ces mécanismes émotionnels (Jasper, 2014) se renforcent mutuellement, donnant lieu à une plus grande réciprocité entre membres et à une identification plus marquée de l'individu au groupe.

L'émotion a par ailleurs un caractère genré, dans la mesure où les normes culturelles et sociales dominantes cantonnent l'expression légitime d'émotions comme la colère à la socialisation masculine classique et, par exemple, les émotions comme l'amour, la compassion et la peur à la socialisation féminine classique (Blais, 2021; Bosco, 2006; Einwohner et al., 2000; Hochschild, 1979; Reger, 2021; Taylor, 1999, 2000; Taylor et Leitz, 2010). Les modalités de l'expression des émotions correspondent en ce sens aux structures et aux règles dominantes, ce qu'Arlie Hochschild nomme les « *feeling rules* » (1979). En effet, l'individu tente d'effectuer un travail émotionnel (Hochschild, 1979) de manière à façonner les formes d'expression d'une émotion, le degré et le moment adéquat où l'exprimer en fonction de la socialisation et des normes. De même, les normes guident la réception de ces émotions, qui sont jugées acceptables ou non en fonction du contexte et de ce qui caractérise l'individu qui les exprime. Arlie Hochschild (1979) souligne à cet effet que les contextes culturel et social dictent ce que l'on devrait ressentir et exprimer dans une situation

donnée – par exemple, de la patience au lieu de la colère face à une situation problématique en milieu de travail. La socialisation, qui mène à l'intégration de ces impératifs, guide donc à la fois la manière de ressentir et d'exprimer. Elle guide la manière de travailler collectivement, mais également les éléments qui sont à déconstruire pour s'extraire individuellement et collectivement du poids et des limites que le genre des émotions donne à l'identité, à l'expression de soi et à la manière de faire de vivre les mobilisations.

Bien que l'émotion soit maintenant reconnue comme une composante rationnelle de l'explication de la dynamique de mobilisation, il reste que peu de travaux lient les dimensions matérielles et structurelles à des facteurs identitaires et émotionnels pour mieux rendre compte des mobilisations (Goodwin et al., 2001). En combinant l'analyse des rapports sociaux à l'identité collective, le cadre théorique de cette thèse contribue à une sociologie de l'action politique basée sur l'interaction entre des facteurs culturels, comme les émotions et l'identité, et des facteurs matériels relevant des rapports sociaux et du contexte organisationnel.

2.4 Analyse des rapports sociaux : espace de la cause des femmes, régime genré et rapports sociaux de sexe

Cette dernière section de la littérature explore les options d'analyse des effets du genre sur les mobilisations. Les concepts d'« espace de la cause des femmes » et de « régime genré » sont en ce sens explorés, pour ensuite aborder les rapports sociaux de sexe, dont je me saisis pour mon cadre théorique.

2.4.1 Espace de la cause des femmes

Le concept d'espace de la cause des femmes est une proposition de la chercheuse Laure Bereni (2012). S'inspirant du concept de « champ » développé par Pierre Bourdieu, l'espace de la cause des femmes est défini comme « [...] la configuration des sites de mobilisation pour la cause des femmes dans une pluralité de sphères sociales » (Bereni, 2012, 28). Bien qu'on puisse avoir tendance à l'associer au concept « d'espace des mouvements sociaux » (Mathieu, 2012), la proposition de Bereni s'en distingue en ce sens qu'elle souligne le fait que l'espace d'une cause peut intégrer une institution, ce qui n'est pas le cas du concept développé par Lilian Mathieu. La

proposition de Bereni prend donc en compte l'ensemble des sites possibles de protestation et de lutte pour l'amélioration des conditions des femmes et pour le mouvement féministe. Cette conceptualisation permet de dépasser les limites des théorisations classiques des mouvements sociaux en reconnaissant la lutte des individus ayant lieu dans le cadre de fonctions officielles, par exemple via le féminisme d'État (Revillard, 2006). Le féminisme d'État permet également de mettre de l'avant que les mobilisations peuvent se faire de manière discrète (Banaszak, 2010) et dans des lieux variés comme l'Église, l'université ou l'armée (Katzenstein, 2012). Cette perspective s'éloigne ainsi de l'idée du militantisme actif et visible qui caractérise les définitions qui sont davantage tournées vers les événements protestataires.

L'espace de la cause des femmes permet également d'identifier ce qui unit une vaste gamme de groupes et d'individus, sans pour autant que ceux-ci ne soient toujours en accord. Les différentes organisations d'un espace ont en ce sens des sites de convergences, c'est-à-dire des moments de rassemblement au cours desquels les organisations font cause commune en dépit de leurs divergences. On peut par exemple penser à la Journée internationale des droits des femmes, qui a lieu chaque année le 8 mars, ou encore, au Québec, au 6 décembre, qui est le jour de la commémoration de la tuerie antiféministe de l'École polytechnique de Montréal.

Les différents travaux qui emploient le concept d'espace de la cause des femmes se sont cependant limités à l'analyse de mobilisations pour la parité au sein des partis politiques français. Ces terrains mobilisent principalement des instances publiques spécialisées, des femmes occupant des postes dans des partis politiques et des spécialistes issus du milieu universitaire (Bereni, 2012; Bereni et Revillard, 2012b). Il s'agit donc de campagnes effectuées par des actrices ayant un capital politique et symbolique élevé ainsi qu'un accès à des sphères de pouvoir et au milieu médiatique largement plus étoffé que celui des personnes en soins infirmiers et travail social. Cette particularité nous amène à nous interroger sur la transposabilité réelle de ce concept à des milieux plus précaires.

Néanmoins, appréhender les mouvements sociaux par le biais de l'espace d'une cause permet de s'attarder à ce qui construit cet espace et à ce qui explique la façon dont il s'organise. Comme le soutient Laure Bereni, « l'espace de la cause des femmes se construit aussi discursivement, à travers la production et la circulation de schèmes de perception partagés » (2012, 41), de sorte que le cadrage, dans cette perspective, a une valeur explicative centrale. Nommer et qualifier la cause

en question relève d'un travail de cadrage qui, tel que détaillé plus haut, s'attarde largement au processus discursif. L'analyse de l'espace d'une cause est notamment utilisée pour cartographier un mouvement et les groupes qui le composent. Bien que très pertinente, cette proposition ne permet pas de répondre à la question qui est au cœur de cette thèse, à savoir la variation des mobilisations locales d'une profession à l'autre.

2.4.2 Régime genré

La seconde proposition étudiée pour expliquer l'effet des rapports sociaux sur les variations de mobilisation entre les professions du milieu de la santé et des services sociaux est celle de « régime genré ». Le concept de régime est plus commun en science politique. Il est défini de multiples façons et on le retrouve comme explication de plusieurs phénomènes sociaux. Les définitions des régimes insistent généralement sur un ensemble d'institutions, de pratiques et de processus permettant d'analyser la reproduction des configurations sociales. Dans certaines études, la notion de régime est employée pour analyser des phénomènes macrosociologiques à l'échelle d'États (Bose, 2015). Le régime est également utilisé pour expliquer une notion plus large, comme la citoyenneté (Dufour et Ancelovici, 2018; Jenson, 2007) ou une profession (Pease, 2011), liant donc un régime à plusieurs institutions différentes en même temps. D'autres travaux associent le régime à une institution, voire à une organisation précise (Acker, 1990). Finalement, certains conçoivent le régime en termes de normes ancrées dans l'habitus et dont relèvent ensuite des pratiques (Menesson et Forté, 2018). Bien qu'il s'agisse d'une notion assez courante, elle n'en demeure pas moins imprécise et floue. L'échelle d'analyse et la structure à l'étude varient substantiellement d'une recherche à l'autre. Je me suis donc particulièrement attardée à la définition de régime genré développée par Raewyn Connell (1987; 2006; 2009; 2012) et Joan Acker (1990, 2006). Toutes deux utilisent le régime genré en le liant à une analyse différenciée des conditions de travail entre hommes et femmes, non pas à partir de la positionnalité individuelle et naturalisée, mais bien de l'organisation institutionnalisée de mécanismes de différenciation basés sur le genre.

Raewyn Connell (1987) propose ainsi de comprendre le régime genré d'une institution à travers l'analyse des symboles qui y sont présents, des relations de pouvoir, de la division sexuelle du travail et des interactions. Il s'agit d'éléments permettant d'identifier les effets du genre dans la structuration de l'institution, dans le mode organisationnel qui y a cours et dans les relations

interpersonnelles. La manière dont elle propose d'identifier le caractère genré d'une institution permet donc d'en saisir l'influence sur la structure ainsi que sur les personnes qui y sont actives. Dans un article plus récent, Acker (2006) propose pour sa part de parler d'*Organizational Inequality Regime*. S'appuyant sur une analyse des inégalités raciales, de genre et de classe, elle développe une compréhension très fine des différents mécanismes en jeu dans un lieu de travail. Son analyse, effectuée à l'échelle d'une organisation, révèle que le régime reproduit les inégalités et hiérarchies que l'on retrouve ailleurs dans la société. Par ailleurs, Acker ne définit que peu le concept dans son article : elle parle de plusieurs processus, mais ne détaille pas les pratiques, qu'elle mentionne pourtant comme le second élément composant un régime.

Avant de débiter ma collecte de données, j'envisageais d'utiliser le concept de régime genré pour mon cadre théorique. Il me semblait qu'il s'agissait là d'un outil conceptuel efficace, permettant de saisir adéquatement les effets du contexte et de la culture sur la pratique professionnelle et sur la pratique militante. Dans la mesure où les décisions ministérielles pouvaient faire autant office de facteurs d'influence que l'interaction entre professionnel·les et gestionnaires, les composantes reproduisant les asymétries de genre identifiées par Connell me semblaient pertinentes pour le cas québécois. C'était également pour moi un moyen de théoriser l'institutionnalisation d'inégalités liées à des rapports sociaux, un élément présent dans mon hypothèse de recherche ainsi que dans la littérature sur la souffrance au travail dans le contexte des métiers relationnels.

C'est au cours de l'analyse de mes données que j'ai progressivement remis en question l'usage du concept de régime pour comprendre mon terrain. Car ce que les personnes interrogées soulevaient se ramenait davantage aux rapports sociaux de sexe, avec lesquels j'étais également familière, mais que je n'envisageais pas d'inclure à mon cadre théorique. J'ai décidé de mettre une croix définitive sur le concept de régime une fois la rédaction entamée. D'une manière similaire aux critiques apportées aux définitions des mouvements sociaux, qui tentent de faire la liste de ce qui caractérise une mobilisation, il m'a semblé que l'identification d'un modèle à l'aide de composantes à retrouver ou à ignorer dans le but de comprendre les impacts structurels et relationnels du genre n'aidait pas nécessairement à comprendre les variations de l'action politique dans le cadre professionnel. Je me suis rendu compte que ce qui permet de rendre avec le plus de justesse ce que les professionnel·les interrogé·es m'ont partagé ne se situe pas nécessairement dans le concept de régime. Au final, cette dernière étouffait davantage leurs propos qu'elle ne les éclairait.

Ma décision de ne pas utiliser la notion de régime est également due à des considérations méthodologiques. Dès le début, je me suis demandé comment prouver l'existence d'un régime. Sachant que les définitions de régimes comportent des éléments variés, comment en arrive-t-on à l'identification et à la délimitation des catégories composant le régime? Bien que les éléments proposés par Connell fussent pertinents, il n'était pas possible dans mon dispositif méthodologique de vérifier la validité de ces catégories ni la possibilité d'en inclure d'autres. D'ailleurs, certaines catégories d'analyse manquaient, à mon avis, pour comprendre ce qui encadre l'action collective. Les définitions du régime genré n'incluent pas la socialisation comme catégorie d'analyse. Il en va de même pour l'absence des règles formelles comme composantes du régime genré. Dans l'institution de la santé, il semble que le caractère genré des règles formelles affecte la considération des métiers relationnels en santé. On constate par exemple une asymétrie liée à l'équité salariale ou encore aux congés parentaux. Alors que les règles formelles sont fréquemment intégrées aux autres types de régime, on peut interroger son absence lorsqu'il est question de genre.

2.4.3 Rapports sociaux de sexe

Le concept de rapport social peut être défini comme un mode de production à la fois matériel et symbolique, basé sur la confrontation permanente entre individus d'une même société autour d'un enjeu socialement construit (Galerand, 2007; Kergoat, 2010). La confrontation provenant d'une inégalité dans le rapport social sert à la fois à produire et à reproduire l'organisation et la hiérarchisation du social. Sans que l'un ne soit prédominant sur l'autre, plusieurs rapports sociaux organisent les sociétés et s'imbriquent, de sorte à créer une consubstantialité des rapports sociaux et de leurs effets²⁰. Les formes que prennent les rapports sociaux et leurs effets varient également

²⁰ Le terme consubstantialité est préféré à celui d'intersectionnalité dans les travaux sur les rapports sociaux de sexe : « [a]utrement dit, le terme d' "intersectionnalité" nous gêne lorsqu'il renvoie au croisement de catégories. Ce qui est absolument légitime pour certains usages, par exemple pour montrer comme l'a fait Crenshaw que les femmes noires et pauvres étaient à l'intersection de plusieurs systèmes de domination, et que cette intersection était niée par le système juridique comme dans les actions contre les violences faites aux femmes notamment. En ce qui nous concerne, il ne s'agit pas de croiser des catégories, mais bien de partir des rapports sociaux qui en sont constitutifs, de voir comment leurs multiples imbrications produisent effectivement les groupes sociaux et les recomposent et en quoi elles reconfigurent incessamment les systèmes de domination et les rapports de force. » (Galerand et Kergoat, 2014, 51). L'une des distinctions importantes faite entre les deux concepts est donc que l'intersectionnalité est souvent utilisée pour identifier des catégories et la spécificité de leurs croisements, renvoyant à un état fixe des rapports de domination, comme s'ils ne changeaient jamais et n'avaient pas des formes multiples et variables. Bien que les chapitres qui suivent utilisent le terme intersectionnalité, une attention particulière a été portée durant la rédaction afin d'éviter de réifier ce genre de limite conceptuelle.

en fonction du contexte. Ce faisant, ils ne sont ni immuables ni inchangeables; ils peuvent parfois rester inchangés, mais également être fortifiés, amoindris, contestés, ou encore déconstruits (Galerand et Kergoat, 2008; Hirata et Kergoat, 2008).

Les rapports sociaux de sexe donnent lieu à une oppression spécifique basée sur la distinction, la mise en compétition et la hiérarchisation du travail productif et du travail reproductif. L'enjeu au cœur des conflits liés aux rapports sociaux de sexe est donc le travail (Kergoat, 2004, 2010). Le travail peut prendre différentes formes, aussi bien gratuitement, dans la sphère domestique, que dans le salariat. Alors que plusieurs études se réfèrent à la distinction entre le travail gratuit et le travail salarié en termes de sphère privée (domestique) et publique, Danièle Kergoat (2010) propose plutôt de parler de travail de reproduction et de production. Cette terminologie évite d'associer un type de travail à un espace, soulignant plus clairement le rapport au travail des personnes qui y sont assignées. Colette Guillaumin (1992) qualifie à cet effet de rapport de classe l'assignation genrée à des formes spécifiques de travail, en ce qu'un rapport de pouvoir permanent entre les catégories a pour objectif de maintenir tel quel le social, sur la base notamment d'une asymétrie de positionnement et d'une domination entre les catégories socialement construites des hommes et des femmes²¹. Cette même mise en opposition place les groupes dans des rôles, dans des fonctions, et dans des représentations assurant une production à la fois matérielle et symbolique du social. En déconstruisant l'antagonisme entre travail productif/reproductif et travail domestique/salarié, les démarches de nombreuses féministes ont favorisé la reconnaissance du travail des femmes, du travail non salarié de la sphère familiale et domestique ainsi que des conditions particulières des emplois reproduisant la naturalisation des tâches traditionnellement assignées aux femmes, peu importe le milieu de travail. Cette déconstruction permet également de questionner en quoi un travail serait plus productif ou reproductif qu'un autre. Par exemple, en quoi le travail en médecine serait-il moins reproductif que celui effectué en soins infirmiers? L'analyse en termes de rapports

²¹ Les catégories hommes et femmes sont à quelques endroits utilisées pour soutenir le propos sur la différenciation sexuée qu'imposent les rapports sociaux de sexe entre groupes socialement construits. L'objectif ici n'est pas de reproduire une binarité ou une naturalisation des rôles. Le travail de soin, d'accompagnement et d'entretien est occupé par tous les groupes sociaux, comme tous les groupes sociaux se retrouvent dans l'ensemble des autres sphères de travail. Il reste que les personnes socialisées et qui s'identifient comme femme, et particulièrement racisées, se retrouvent en plus grande proportion dans les emplois liés au travail reproductif. Il importe par ailleurs de noter la présence des personnes qui s'identifient comme homme racisé dans les métiers précaires que sont l'entretien ménager et les postes de préposés aux bénéficiaires (Boivin et al., 2017 ; Molinier, 2016). Simplement, il s'agit de mettre en exergue ce qui reste statistiquement observable dans notre société en termes d'inégalités liées à l'asymétrie sexuée reproduite dans la sphère du travail et de sa reconnaissance.

sociaux de sexe souligne que cette distinction relève plutôt de l'association arbitraire de types de tâches et de formes de travail aux catégories sociales de féminin et de masculin.

2.4.4 Bref historique de la division sexuelle du travail : de l'exploitation du travail domestique à l'exploitation salariée

Les représentations et les conditions matérielles du travail au prisme des rapports sociaux de sexe reproduisent dans la sphère salariée ce que l'on retrouve traditionnellement dans le travail domestique gratuit. Historiquement, le travail reproductif a également été assigné aux esclaves. Notamment, les femmes esclaves ont dû assumer des rôles dans la cuisine et en entretien ménager, en plus de subir les viols des esclavagistes et agir comme nourrices des enfants de ces derniers (Guzzo, 2011).

Cette dynamique d'exploitation se reproduit dans le travail salarié lorsque les femmes y sont admises (Kergoat, 1998). Bien que les soins, l'éducation, l'accompagnement et les tâches ménagères soient depuis longtemps inclus dans la sphère salariée, ces tâches restent dévaluées lorsqu'on les compare à d'autres types de travail salarié. Le capitalisme, comme système basé sur l'exploitation de la force de travail, s'organise notamment sur la base de rapports sociaux de sexe, de sorte à invisibiliser le travail gratuit et à en reproduire les termes dans la sphère salariée une fois les femmes (et, plus largement, les groupes subordonnés) admises à y participer (Courcy et al., 2016 ; Fougeyrollas-Schwebel, 1998, 2000; Guillaumin, 1978a; Hirata et Kergoat, 2008). Parce que les rapports sociaux et leurs effets s'entrecoupent et se modulent selon la situation (Haicault, 2000), ceux-ci donnent lieu à des formes de domination et à des effets impossibles à comparer entre eux.

Ce qui est demandé des femmes dans le travail reproductif comprend non seulement les habiletés dites naturelles, mais également une disponibilité physique et mentale constante pour le soin de l'autre. C'est ce qui a mené Monique Haicault (1984) à développer le concept de charge mentale. Désignant le travail de gestion et d'organisation quotidienne de tâches multiples et parfois contradictoires de différentes sphères de vie, la charge mentale appréhende le travail cognitif derrière le travail de reproduction, de soin, d'éducation et derrière le travail affectif. L'assignation d'un groupe socialement construit à des tâches et à des prédispositions naturalisées contribue à la

reproduction matérielle et idéelle des rapports sociaux et, par extension, des rapports de pouvoir qui organisent le social.

Autrement dit, les rapports sociaux de sexe comportent un volet collectif en ce qu'ils organisent la vie sociale à travers le travail productif et reproductif, influençant ainsi les emplois accessibles, les tâches et la reconnaissance qui y sont associés (Fougeyrollas-Schwebel, 2000). Cette forme de distinction comporte également un volet individuel (Dejours, 1988; Kergoat, 2010), puisque le travail que l'on fait teinte la subjectivité individuelle.

Quelques mécanismes d'exploitation

La division sexuelle du travail favorise généralement le travail historiquement associé aux hommes aux dépens de celui des femmes, y compris au sein de la même profession (Falquet, 2002; Kergoat, 2004, 2010). En d'autres mots, « formation, promotion, place dans l'organisation du travail et conditions de travail (dont le harcèlement sexuel) : l'inégalité est flagrante et se retrouve partout » (Kergoat, 1998, 321). La division sexuelle du travail entre le groupe social identifié comme homme et le groupe social identifié comme femme opère à partir de quelques mécanismes. Entre autres, le critère de qualification fait intervenir la socialisation et la distinction dans l'approche du travail et de sa reconnaissance, à la fois subjective et sociale (Kergoat, 2010). Par la socialisation teintée des rapports sociaux de sexe, les individus intègrent à leur perception d'eux et elles-mêmes des positionnements sociaux qui les placent dans un rapport au monde asymétrique. Cette distinction dans la valeur socialement et subjectivement attribuée aux qualifications est basée sur la naturalisation de caractères différenciés qui associe soin, attention et diligence à des qualités qui seraient innées chez les femmes. Pour les mêmes tâches, on attribue aux hommes l'acquisition d'une expertise et d'une qualification professionnelle qui relève de leur aptitude au travail et non d'une prédisposition naturalisée et, donc, sans valeur.

La perception des qualifications qui est comprise dans la division sexuelle du travail implique également que la formation qui mène aux emplois historiquement laissés aux femmes est moins valorisée (Falquet, 2002). Cette dévalorisation nuit à la reconnaissance du travail et à la possibilité d'en améliorer les conditions. C'est également ce rapport au travail qui fait en sorte que les femmes sont plus rarement en situation de pouvoir et présentes dans les espaces décisionnels de leurs

professions : les postes ayant plus de pouvoir décisionnel et de reconnaissance sont statistiquement plus occupés par des hommes (Falquet, 2002). Parce que les femmes doivent plus fréquemment jongler avec leur vie professionnelle et les besoins familiaux, elles occupent également plus souvent des emplois à temps partiel ou irrégulier. Ce rapport au travail affecte donc le type d'emploi et de milieu de travail qu'elles peuvent occuper, tout comme leurs salaires et leurs possibilités d'avancement (Galerand et Kergoat, 2008).

Hiérarchie, séparation, naturalisation, déqualification et invisibilisation se réorganisent donc dans les établissements de santé et des services sociaux, notamment à travers l'institutionnalisation des rapports sociaux de sexe et de la division sexuée du travail qui en découle. La reproduction des rapports sociaux dans l'institution explique que (1) la hiérarchisation du travail place les métiers relationnels (*care*) en deçà des métiers curatifs (*cure*), de sorte que les professions occupées par une majorité de femmes, telles que le travail social ou les soins infirmiers, sont dévaluées par rapport à d'autres professions comme la médecine ou la gestion; (2) cette hiérarchisation et la centralisation des pouvoirs restreignent l'accès aux sphères décisionnelles des professions du *care*, et; (3) dans une même profession, les hommes sont également plus valorisés et présents dans les positions de pouvoir ou, du moins, dans les positions les plus reconnues.

La production collective et individuelle des rapports sociaux de sexe implique, dans le cas qui nous concerne, que ce qui se passe dans l'institution de la santé et des services sociaux a pour effet de modifier le rapport au monde et à soi des travailleuses et travailleurs des métiers relationnels. La manière de concevoir leur utilité et leur place dans le social et dans le politique est ainsi conditionnée par la position dans laquelle les placent les rapports sociaux de sexe. Ce rapport au monde, au travail et à soi, est par ailleurs articulé différemment chez Elsa Galerand et Danièle Kergoat (2008), qui soulignent le potentiel subversif des femmes au travail :

On pourrait même aller plus loin et avancer l'idée selon laquelle les revendications des femmes quant au travail sont beaucoup plus subversives que celles des hommes. Étant donné l'indissociabilité entre travail salarié et travail domestique, elles mettent en question au moins deux systèmes de domination : celui du genre et celui des classes sociales. (Galerand et Kergoat, 2008, 68)

Pour ma thèse, j'utilise cette logique afin de me distancier de l'opposition entre travail productif et travail reproductif, mais également pour rendre visibles les pratiques subversives que les domaines d'emplois féminisés comme le travail social et les soins infirmiers réussissent à développer.

L'intérêt de l'étude effectuée est de répondre au besoin de données relatives aux effets de la présence concentrée des femmes dans certains emplois (Falquet, 2002) et au besoin d'exemplification des processus par lesquels la société utilise la division sexuée du travail (Kergoat, 2004). En lien avec les changements organisationnels liés à l'entrée en vigueur de la loi 10 et des précédentes réformes, cette recherche permet d'identifier les manières par lesquelles les inégalités sociales se reproduisent au sein de l'institution tout en étant parfois intensifiées par les changements organisationnels.

2.5 Intersection conceptuelle pour expliquer l'hypothèse de travail

Les féministes nous apprennent que le social fonctionne à partir d'inégalités systémiques dont font partie les rapports sociaux de sexe. Ni les services publics ni les mobilisations n'y échappent. Les deux manières principales d'expliquer la variation de mobilisation entre les soins infirmiers et le travail social, soit par la structure des opportunités spécifiques et par l'identité collective, sont en ce sens insuffisantes à elles seules. Dans la mesure où ces deux secteurs professionnels partagent un même contexte institutionnel et national, la variation de contexte ne suffit pas à résoudre l'énigme. Étant donné que les deux professions à l'étude ont un tronc historique commun qui soutient leur pratique, le travail identitaire ne suffit pas non plus à lui seul pour expliquer les variations constatées. Plus encore, il n'explique pas dans sa forme générale les particularités de ce qui affecte les identités militantes et professionnelles des métiers relationnels.

C'est en inscrivant la structure des opportunités spécifiques et l'identité collective dans un modèle souple, en interaction avec les rapports sociaux de sexe, qu'il est possible de rendre compte des variations en matière de mobilisation des métiers relationnels. Je soutiens que les rapports sociaux de sexe traversent ces deux facteurs, de sorte que la distribution des opportunités spécifiques et la composition de l'identité collective découlent en partie de l'institutionnalisation d'une mise en compétition entre travail productif et reproductif.

Partant d'une interrogation sur les mobilisations autonomes en soins infirmiers et en travail social, cette recherche pose l'hypothèse que la variation de l'action politique entre les deux milieux s'explique par la manière dont se déploie la structure des opportunités spécifiques dans l'un et l'autre. De même, j'y postule que la mobilisation au sein des métiers relationnels est structurée par des enjeux liés à l'identité collective de chaque profession. Le prisme des rapports sociaux de sexe vient compléter l'explication de la variation des mobilisations en exposant la manière dont le contexte et l'identité collective sont traversés par ces rapports sociaux.

En démontrant que les inégalités sexuées sont au fondement de l'organisation de nos sociétés et non pas un simple ajout aux caractéristiques organisationnelles, mes travaux soulèvent la question des oppressions structurelles imbriquées au sein des institutions. Mon approche permet en ce sens de nommer l'indissociabilité des rapports sociaux de sexe et des formes organisationnelles des milieux salarié et militant.

Bien que la biomédicalisation du système de santé accroît la crédibilité des revendications de la part des soins infirmiers par rapport à celles en travail social, l'organisation locale offre généralement moins d'ouverture en soins infirmiers. Cette tendance s'explique par la dévalorisation des tâches liées à la corporalité, par le niveau d'étude demandé pour occuper plusieurs des postes et par le profil sociodémographique de ce corps professionnel, majoritairement composé de femmes. C'est grâce à la prise en compte des effets de l'asymétrie entre travail productif et reproductif que la proposition de Giugni (2008), selon laquelle les opportunités spécifiques sont tout particulièrement pertinentes pour comprendre les groupes subordonnés, prend son sens pour le cas qui nous intéresse ici.

L'analyse des facteurs culturels permet quant à elle de mieux comprendre la variation de l'identité collective et de son influence sur la mobilisation. Il s'agit d'un angle d'approche davantage centré sur la socialisation, sur les émotions et sur les représentations véhiculées durant l'interaction entre différentes personnes : militantes, professionnelles, gestionnaires ou encore avec des patient·es. Dans l'interaction se crée et se reproduit le jeu des rôles assignés que l'on performe, que l'autre attend de nous et duquel on attend soi-même un certain type de réponse. Ce qui ressort de l'interaction, sous le prisme des rapports sociaux de sexe, intervient dans la représentation de soi et de sa profession de même que dans l'identification collective. La dimension culturelle explique

donc les variations en fonction des représentations, des pratiques et des codes, notamment exprimés à travers les professions. La variation des cas comparés semble s'expliquer à la fois par les différentes façons dont la culture médicale organise les professions ici considérées, et par les manières dont la réification d'une division entre travail productif et reproductif teinte la socialisation, les professions et les luttes. C'est dans cette logique que les rapports sociaux de sexe peuvent devenir un élément constitutif de l'explication culturelle : l'identité et les valeurs sont ancrées dans une conception genrée des soins et de la santé, de même que dans la division sexuée du travail et des représentations de ce que doivent être ces professionnel·les et de ce qui est attendu de ces dernier·ères.

2.6 Conclusion de chapitre

L'objectif de ma revue de littérature était de rendre compte du dialogue constant que l'on peut établir entre différentes perspectives. Un peu à la manière d'une jurisprudence, dont on est obligé de tenir compte pour asseoir un enjeu légal, la sociologie des mouvements sociaux développe tout au long de son histoire de nouvelles propositions en se basant sur les précédentes, soit pour les réaffirmer et les préciser, soit afin d'en identifier des angles morts et éviter de les reproduire. Comme le remarque Hanspeter Kriesi en parlant des débats entourant l'usage des théories du processus politique : « De mon point de vue, on est obligé de choisir une approche et ainsi de rétrécir son champ de vision. Ce qui est important, c'est de connaître les contours de la myopie qui résulte de ce choix et de savoir dans quelle mesure ce choix impose des restrictions aux questions posées et aux réponses possibles » (2009, 22).

Ainsi, je ne crois pas qu'il y ait une seule bonne théorie et un seul angle d'approche valide pour comprendre les mobilisations, les dynamiques des groupes d'action collective et les manières dont les rapports sociaux les traversent. Je dirais plutôt que certaines propositions théoriques répondent mieux que d'autres aux questions que je soulève. Reste à voir comment répondre concrètement à ces questions. C'est ce qu'aborde le chapitre suivant, qui présente la méthode utilisée pour opérationnaliser la recherche.

CHAPITRE 3

MÉTHODE

L'objectif du chapitre est de présenter la méthode que j'ai utilisée à la fois pour penser mon objet de recherche, collecter des données à son sujet, analyser ces données et les présenter. Pour ce faire, le chapitre aborde la posture épistémique que j'adopte, la reconfiguration du devis de recherche suivant l'impossibilité d'un terrain en présentiel durant la première année de la pandémie de COVID-19, le processus de recrutement, la collecte de données et l'analyse.

3.1 Rapport à la connaissance et positionnement épistémologique

La méthodologie consiste en plus qu'une simple addition d'outils de collecte de données. Elle englobe les enjeux épistémiques, la vision de la recherche, découle des questionnements et des hypothèses pour renseigner sur une énigme. Plutôt que de superposer les informations récoltées, l'objectif est de développer une compréhension de la complexité des phénomènes qui s'y croisent (Atkinson, 2017; Dufour, 2013). La perspective féministe de la science nous invite de surcroît à porter une attention particulière aux rapports de domination qui se jouent dans notre démarche de recherche (Descarries et Corbeil, 1993 ; Dorlin, 2008 ; Feagin et al., 1991 ; Haraway, 1988; Harding, 1987, 2004; Hill Collins, 2013a, 2013b; Ollivier et Tremblay, 2000). C'est à partir de cette perspective que j'ai conçu un devis centré sur la parole des personnes concernées.

L'épistémologie féministe se veut essentiellement un regard nouveau sur les faits sociaux pour relire des affirmations scientifiques ayant été naturalisées et prises à tort pour des vérités universelles. L'objectif de la perspective féministe est de revoir et de déconstruire l'épistémologie de la science et les biais des courants plus traditionnels comme le positivisme ou le rationalisme scientifique (Dorlin, 2008; Hill Collins, 2013a). L'épistémologie féministe invite à un double mouvement : d'abord, un mouvement de déconstruction des outils susceptibles de reproduire des rapports de domination, puis un mouvement de construction d'un processus de recherche mettant au cœur de ses considérations l'expérience des femmes et, plus largement, des groupes subordonnés (Olliver et Tremblay, 2000). Si le point de vue dominé est considéré comme moins biaisé que celui d'une position privilégiée, c'est justement parce que subir les effets des rapports de pouvoir amène à identifier plus clairement ce qui place dans un positionnement subordonné

(Haraway, 1988; Harding, 2004, 2009; Hill Collins, 1986, 2013a). À partir de cette posture se développent des recherches qui mettent de l'avant des sujets historiques et sociologiques généralement ignorés ou dévalués. Dans le cadre de ma thèse, il s'agit de relever les éléments structurels et culturels qui déqualifient les métiers relationnels, puis de mettre de l'avant les moyens pris pour faire face à cette disqualification.

En partant de considérations favorisant la participation de personnes vulnérabilisées et afin de documenter différentes perspectives, l'épistémologie féministe invite à multiplier les méthodes de collecte de données et les outils d'analyse et de diffusion (Ollivier et Tremblay, 2000; Hill Collins, 2013b). Ce dernier point est particulièrement important en ce qu'il vise à décroiser l'institution universitaire. Il vise à démocratiser les savoirs et permettre un retour sur le terrain afin de partager les résultats avec les personnes qui vivent elles-mêmes l'enjeu étudié et qui ont donné de leur temps pour la recherche. De nombreux modèles ont été développés dans le but de cesser la reproduction des biais du rationalisme scientifique, du positivisme et de la science androcentrée (Ollivier et Tremblay, 2000). On peut notamment penser à la notion d'« objectivité forte » développée par Sandra Harding (1991), qui pose le sujet connaissant (la chercheuse) comme acteur de la construction du savoir et devant donc rendre compte des positionnements qui teintent nécessairement ses résultats de recherche. Harding part des principes d'étrangeté et de réflexivité pour ouvrir la recherche à une démocratisation scientifique, contrairement à ce qu'aurait comme effet une démarche ancrée dans une perspective universalisante. Par ailleurs, ce sont les théories de la « connaissance située » (*stand point*) (Haraway, 1988; Harding, 2009; Hill Collins, 1986, 2013a, 2013b) qui ont particulièrement teinté mon positionnement épistémologique.

Grâce à ses travaux sur l'effet des représentations stéréotypées et du travail identitaire accompli par les femmes afro-américaines pour s'en extraire, Patricia Hill Collins (1986) déconstruit la manière dont l'idéal d'objectivité a infirmé plusieurs types de recherches, de méthodes et de conclusions, tout en neutralisant le positionnement dominant de la recherche androcentrée, comportant des biais racistes et classistes. La connaissance située comme objectivité alternative sert non seulement à rendre compte des biais réels et potentiels des personnes qui effectuent la recherche – peu importe leur positionnement –, mais également à déconstruire les rapports de domination qui cadrent le social et la recherche. Loin du relativisme, la connaissance située est la démarche éthique et critique de ce qui influence la recherche (Harding, 2009). Cette démarche

permet de faire preuve d'une plus grande scientificité précisément parce que les limites de la portée des travaux sont clairement explicitées. Patricia Hill Collins en parle en termes d'activisme intellectuel du fait que l'épistémologie féministe vise à adresser les critiques nécessaires aux travaux qui contribuent à la reproduction de rapports de domination. L'activisme intellectuel vise à développer un point de vue alternatif afin de le partager par la suite aux personnes concernées et aux instances qui maintiennent ces asymétries systémiques (Hill Collins, 2013a, 2013b). Ce qui favorise l'objectivité du chercheur ou de la chercheuse est justement le fait que la démarche offre la possibilité de comprendre et de nommer ce qui peut influencer le regard sur le social, de sorte à engendrer des connaissances qui ne reproduisent plus les rapports de domination. Plus largement, l'épistémologie féministe se veut une tentative de rendre compte le plus fidèlement possible de la réalité, en partant des vécus invisibles. En considérant le caractère situé à la fois des chercheur·euses, des objets d'étude et des savoirs produits, on s'assure de prendre conscience des angles morts potentiels et des limites concernant ce que l'analyse permet de comprendre des phénomènes sociaux.

L'activisme intellectuel dont parle Hill Collins a largement inspiré ma démarche, bien que je ne prétende pas avoir réalisé autant de transferts de connaissances que je l'espérais. Je souhaitais initialement effectuer de nombreux allers-retours entre mes réflexions et l'avis des participant·es, mais nos contacts n'ont été que minimaux. Ayant un horaire chargé, les personnes interrogées n'étaient souvent pas suffisamment disponibles pour prendre une part active aux réflexions découlant des résultats ou encore, comme je le souhaitais, pour être davantage mises de l'avant dans le cadre des conférences que j'ai données sur le sujet. Plusieurs de ces personnes considéraient également ne pas avoir le capital culturel nécessaire pour être en mesure de discuter de thématiques liées aux sciences sociales dans le milieu universitaire tout en se sentant légitimes. Sans compter que, pour des raisons organisationnelles, le retour vers les personnes interrogées était souvent relégué à la fin de la liste de tâches. Paradoxalement, les échanges qui ont lieu après la collecte de données constituent une partie de la recherche que j'estime le plus. Comme le souligne Patricia Hill Collins, (2013b), rares sont les personnes en recherche qui ont accès aux ressources permettant de conjuguer les injonctions de performativité du milieu universitaire aux intentions de retour vers le terrain.

Outre cette perspective féministe, l'un des ouvrages m'ayant le plus influencé dans mes recherches demeure *Interpretation of Cultures*, de Clifford Geertz, paru pour la première fois en 1973. Bien que ma thèse ne puisse aucunement être considérée comme une ethnographie, la visée de « description dense » qu'il propose teinte mon appréhension de la science et, surtout, l'interprétation des données que j'ai rassemblées. Geertz fait usage de la description dense pour analyser le sens de ce qu'on observe ou encore, de ce qui y est absent. Plus qu'une simple description ou énumération, la description dense vise une compréhension profonde d'un enjeu complexe possédant de multiples couches de sens. Il s'agit donc d'en saisir les liens, les tendances, les ruptures et les tensions. La toile de sens qui en ressort fait d'ailleurs écho à celle qu'évoque Donna Haraway (1988), c'est-à-dire la recherche d'une présentation du social plus objective que ne pourrait l'être un modèle fixe, basé sur des dichotomies (opposant par exemple savoirs locaux et théories générales). Comme j'ai essayé de le faire pour ma thèse, la description dense rend compte d'une multitude de structures conceptuelles complexes qui sont à la fois superposées et imbriquées, et dont il faut d'abord cerner une partie pour être ensuite en mesure de saisir l'ensemble qu'elles forment.

Mon engagement militant au sein de différents milieux a également teinté la manière dont j'ai orienté mes champs de recherche, de même que la manière de m'y positionner. Mes expériences militantes ont constitué un avantage majeur dans la manière de cerner le terrain de ma recherche. Lorsque les mobilisations semblaient d'emblée absentes, mon expérience du milieu m'encourageait à concevoir que des initiatives peu connues se déroulaient en filigrane. C'est également cette expérience des mouvements sociaux qui a guidé mes questionnements sur les variations en matière de mobilisation. À l'instar de Donna Haraway (1988), je considère que la prise en compte de ma trajectoire dans la production des connaissances donne lieu à une méthode de recherche plus rigoureuse. Ce sont ainsi mes expériences, mes savoirs et mes réflexions qui m'ont menée à concevoir une étude s'attardant aux différentes formes de mobilisation du travail du care ainsi qu'à ses facteurs de variation. C'est également l'usage avisé et réflexif de ce bagage expérientiel qui permet d'obtenir des résultats de recherche plus raffinés et plus justes.

Avant d'entamer mon parcours en sociologie, j'ai effectué une formation en travail social et travaillé pendant plusieurs années en intervention. C'est ce lien avec le travail relationnel, auquel s'ajoutent mes expériences militantes, qui m'a menée à des questionnements sur la faible quantité

de mobilisations visibles à la suite de l'entrée en vigueur de la loi 10, en 2015. Plusieurs éléments relatifs à ma formation professionnelle, comme l'importance de la justice sociale et de la valorisation du savoir expérientiel, font écho à la posture épistémique féministe. J'ai en ce sens créé un devis de recherche qui met au cœur du processus de recherche les personnes interrogées ainsi que leurs réflexions. Mon choix de méthode d'entretien de groupe avec suivi individuel est non seulement approprié pour répondre à ma question de recherche, mais également en cohérence avec mes compétences et mon regard sur le social. C'est finalement ce qui m'a menée à structurer les chapitres d'analyse autour d'extraits d'entrevues.

3.2 Devis de recherche initial, réorganisation et enjeux éthiques

Mon devis de recherche initial était axé sur l'observation de terrain d'actions politiques de regroupements autonomes de personnes en soins infirmiers et en travail social. Je visais plus précisément l'Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII) et le Regroupement, Échanges et Concertation des intervenantes et formatrices en social (RECIFS), deux regroupements autonomes centrés sur la politisation et sur la valorisation des soins infirmiers pour le premier et du travail social pour le second. J'envisageais de me déplacer dans quatre à cinq régions du Québec pour y faire de l'observation participante, ce qui m'aurait permis d'effectuer une partie du recrutement pour des entretiens de groupe. Dans ce contexte, les participant·es auraient produit une ligne du temps des mobilisations de leur région et auraient discuté d'enjeux relatifs à la politisation des conditions de travail de leurs professions. Je considérais ainsi que la combinaison de différentes méthodes qualitatives et le déplacement sur de multiples terrains correspondait aux principes épistémologiques que je défends et, par la même occasion, de me donner accès à ce dont j'avais besoin comme matériel pour répondre à mes questions de recherche.

Réorganisation en fonction de la distanciation physique

La pandémie de COVID-19 a malheureusement remis en question ce plan et la collecte de données a dû être repensée en conséquence. Les comités d'éthique institutionnels ont notamment suspendu pendant plusieurs mois les autorisations de collecte de données en présentiel et, plus largement, le contexte d'urgence sociosanitaire a rendu mon devis de recherche en quelque sorte incongru.

Ma vision de la recherche, que j’ancre dans une perspective féministe, m’a aidé à revoir plus facilement mes attentes ainsi que les moyens à utiliser pour recueillir de manière éthique des données de qualité. Ainsi, l’épistémologie féministe m’a d’abord aidée à me distancier de l’idée selon laquelle il n’existait qu’une seule manière de faire mon terrain de recherche. L’élément qui m’a ensuite particulièrement aidée a été de pouvoir prendre en considération les méthodes avec lesquelles je suis à l’aise de même que les modes de communication que je maîtrise déjà. Comme mentionné plus haut, j’ai été pendant plusieurs années intervenante psychosociale auprès de familles. La forme d’intervention que j’ai pratiquée avait la particularité d’être anonyme : elle ne se réalisait que par téléphone, par clavardage ou par messages texte. J’ai ainsi effectué des centaines d’interventions de qualité auprès de personnes vulnérables, sans les voir ni connaître leur identité. Si certains éléments peuvent parfois manquer à ce type d’intervention, notamment lorsqu’il est question de prendre en compte le langage non verbal, ces années de pratique m’ont tout de même permis d’acquérir d’autres aptitudes quant à la façon de comprendre et d’interagir avec les gens. Dans les formes traditionnelles de communication, le langage non verbal, le contact visuel et la proximité physique sont essentiels pour comprendre la personne dans son ensemble. Il en va de même pour un terrain, par lequel on cherche à comprendre la personne grâce à ce qu’elle dit, mais aussi par ce qu’elle ne dit pas et qui peut être révélé par les gestes. L’entretien à distance amène pour sa part un autre type d’interaction. Il s’agit d’un échange qui fait passer le temps différemment, et dans le cadre duquel le non verbal est moins clair, ou même absent. Les silences, également, ne signifient pas nécessairement la même chose que dans un autre type d’échange.

Il faisait donc sens de réorienter mon terrain en fonction de mes aptitudes et de l’accès somme toute généralisé aux moyens technologiques, comme la visioconférence. En bref – puisque cette question sera abordée plus en détail dans la section sur le recrutement et la collecte de données –, j’ai opté pour le maintien d’entretiens semi-dirigés se déroulant en ligne en deux temps : d’abord en groupe, puis individuellement. Les entretiens ont par ailleurs ciblé des personnes mobilisées, sans que celles-ci ne soient nécessairement membres de groupes formels. Dans le même mouvement, j’ai décidé d’abandonner l’observation participante et de la remplacer par une analyse systématique des communications du RECIFS et de l’AQII, en plus d’y ajouter deux autres groupes, dont la présentation est en annexe A.

Enjeux éthiques

Une fois les options de remplacement déterminées pour mon devis de recherche, certaines questions éthiques, relatives à la sécurité des participant·es, ont nécessité un certain temps pour être résolues. Plusieurs articles de journaux rapportaient des bris de confidentialité sur les plateformes que j'envisageais d'utiliser pour la collecte des données. Les principaux bris de confidentialité avaient lieu lorsque des personnes s'introduisaient dans des rencontres virtuelles sans en avoir l'autorisation (Agence France-Presse, 2020; Radio-Canada, 2020a, 2020b). D'autres informations révélaient que les visioconférences, les documents partagés et le clavardage étaient conservés sur les serveurs des compagnies propriétaires des plateformes (Archibald et al., 2019; Centre de recherche sur les politiques et le développement social, 2020).

J'ai résolu ces problèmes en instaurant l'usage d'un mot de passe pour accéder à la rencontre de groupe et en mettant en place des rencontres individuelles de préparation. Travaillant auprès de professionnel·les risquant de faire l'objet de sanctions importantes si leurs critiques de leur milieu de travail étaient rendues publiques, j'ai clairement informé chaque participant·es des risques potentiels. En ce sens, j'ai proposé des consignes qui s'inspirent de la culture de sécurité développée par les mouvements sociaux. En effet, par crainte de se faire infiltrer par des corps policiers ou par des groupes adversaires, plusieurs groupes d'action collective ont développé, depuis des décennies maintenant, des protocoles assurant la sécurité et l'intégrité de chaque individu et de l'organisation, peu importe les intentions des personnes ayant accès aux informations. Ces recommandations préconisent de ne pas enregistrer, filmer ou prendre de photos, mais surtout, elles invitent à mesurer ce qui est dit publiquement et la manière de le formuler, de sorte à éviter de potentielles incriminations futures, par exemple de la part d'un employeur à qui des informations auraient été transmises. Grâce à ces éléments de culture de sécurité et à l'instauration d'un entretien individuel durant lequel des informations plus sensibles pouvaient être partagées, les risques éthiques relatifs à mon nouveau protocole de recherche ont été contrôlés. J'ai ainsi obtenu mon approbation éthique de la part du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de mon université d'appartenance en date du 9 juin 2020 (voir annexe B).

3.3 Introduction au terrain

3.3.1 Étude de cas

Le choix de la manière d’appréhender la population avec laquelle je souhaitais travailler s’est fait en regard des avantages que procure l’étude de cas, puis dans l’objectif de comparer deux cas dits similaires. Simplement expliquée par les chercheurs David Snow et Danny Trom, l’étude de cas se décrit comme suit :

Taken together, we can conceptualize the case study as a research strategy that seeks to generate richly, detailed, thick, and holistic elaborations and understandings of instances or variants of bounded social phenomena through the triangulation of multiple methods that include but are not limited to qualitative procedures (2002, 151-152).

Les avantages de cette méthode de recherche terrain se regroupent en deux grandes catégories. L’étude de cas permet tout d’abord de documenter de plusieurs façons l’objet de recherche, de sorte à complexifier le regard que l’on en développe au cours de l’analyse (Dufour, 2013 ; Feagin et al., 1991 ; Ollivier et Tremblay, 2000 ; Turcotte, 2016). Cette première catégorie est par ailleurs directement liée à la seconde, qui concerne le fait de mettre le cas en relation avec plusieurs facteurs explicatifs. Cette méthode offre ainsi un regard holistique sur l’enjeu et sur le cas particulier, permettant de prendre en compte les structures et les aspects politiques, historiques et culturels du terrain. En se centrant sur les processus et sur les dynamiques systémiques, une étude de cas bien menée renseigne non seulement sur le terrain sélectionné, mais permet également une compréhension plus générale de phénomènes sociaux (Dufour, 2013 ; Snow et Trom, 2002 ; Williams, 1991).

Les cas sélectionnés rassemblent donc les mobilisations autonomes en soins infirmiers et en travail social, que j’explore grâce à un échantillon de personnes ayant milité dans le cadre de leur travail depuis l’entrée en vigueur de la loi 10, en 2015. Il s’agit de cas étant similaires à plusieurs égards. Bien que ces professions restent différentes l’une de l’autre, le développement des soins infirmiers et du travail social prend notamment racine dans un héritage catholique ainsi que dans la

reproduction de la division sexuelle du travail dans le milieu salarié (Briskin, 2012 ; Kergoat, 2010). Comme décrit dans le chapitre de contextualisation (chapitre 2), les milieux des soins infirmiers et du travail social sont tous deux syndiqués et ont vécu des processus d'institutionnalisation similaires au sein de leurs milieux de travail et de leurs ordres professionnels. Ces cas sont de surcroît complémentaires en ce que l'un représente davantage le volet de mobilisations en santé et l'autre le volet de mobilisations des services sociaux, tous deux affectés par la loi 10.

3.3.2 Comparaison

La comparaison de cas similaires met en parallèle, sans pour autant tomber dans la description, des processus de mobilisation qui ont cours dans le même domaine. La comparaison binaire a été privilégiée puisqu'un petit nombre de cas permet de détailler davantage les éléments contextuels, les mécanismes et les interactions qui affectent la dynamique de mobilisation (Della Porta, 2002 ; Snow et Trom, 2002). En plus de cette compréhension approfondie des cas comparés, une étude bien menée permet de valider, de reconfigurer ou de développer de nouvelles hypothèses sur les phénomènes sociaux étudiés. Alors que certaines études comparatives sélectionnent des cas divergents, l'intérêt d'une comparaison de cas similaires découle de la possibilité d'y identifier les facteurs divergents et, ainsi, à faire ressortir ce qui explique la variation du résultat (Della Porta, 2002 ; Snow et Trom, 2002).

Bien que plusieurs revendications touchent des enjeux communs aux deux professions, leurs processus de mobilisation diffèrent, les infirmier·ères ayant développé un processus plus dynamique et plus visible que leurs collègues en travail social. La mobilisation infirmière a également un historique de mobilisation plus largement connu dans la profession ainsi que dans la population générale. Les soins infirmiers sont par ailleurs moins uniformes en ce qui a trait à leur formation : il peut être autant question d'une formation spécialisée d'un an au cégep, que d'une technique en soins infirmiers, de même que d'études universitaires allant du baccalauréat au doctorat. Cette variation de formation donne lieu à une dynamique de différenciation et à une hiérarchie au sein de la profession. En revanche, pour ce qui est du travail social, l'ensemble des membres de l'ordre professionnel possède minimalement un baccalauréat et doit suivre une formation continue de 45 heures tous les deux ans. D'autres différences qui ne sont pas à négliger

distinguent ces deux professions, dont les problématiques et les modes d'intervention de chacune d'entre elles.

3.3.3 Population

En 2021, les soins infirmiers se composaient de 80 491 personnes membres de l'ordre professionnel régissant cette profession (Marleau, 2021). De celles-ci, 64,4 % travaillaient à temps complet et 49,9 % détenaient un baccalauréat en sciences infirmières. 842 membres étaient des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), pouvant donc prescrire certains traitements et médicaments, en plus d'effectuer davantage d'actes réservés. 84,5 % de l'ensemble des personnes exerçant la profession pratiquaient dans le réseau de la santé et des services sociaux. En 2021, 9,1 % des membres de l'ordre pratiquaient dans le secteur privé, 3,4 % en éducation et 3 % dans des secteurs variés. En 2021, l'ordre professionnel encadrant la pratique du travail social comptait quant à lui 15 090 membres (OTSTCFQ, 2021) dont 83,6 % travaillaient à temps plein (Gouvernement du Québec, 2023a) . Des membres en règle de l'ordre, 79,3 % détenaient un baccalauréat, le reste des membres ayant obtenu une maîtrise (20,2 %) ou un doctorat (0,48 %) (OTSTCFQ, 2021).

Les métiers relationnels étant le principal domaine d'emploi des personnes s'identifiant comme femme, en 2021, 89 % des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec s'identifiaient comme femme (OTSTCFQ, 2021), et pareillement pour 88,4 % des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Marleau, 2021). Les personnes actives en soins infirmiers et en travail social se retrouvent dans plusieurs établissements différents de toutes les régions du Québec et se spécialisent dans des domaines variés allant de l'enfance à la neurologie, en passant par l'organisation communautaire.

Loin de toutes être militantes, les personnes composant ces professions ont des profils très variés et seulement une portion d'entre elles se mobilise politiquement en lien avec leur travail. Sans pouvoir obtenir de chiffres sur cette dernière affirmation, c'est par ailleurs ce qu'indique la faible ampleur des mobilisations syndicales au sein de ces deux professions, y compris durant les périodes de négociation de convention collective. Comment, alors, établir un portrait représentatif des mobilisations en soin infirmier ou en travail social? Quels sont leurs points communs, quels critères

mettre de côté pour l'échantillonnage? En contexte de distanciation physique, par ailleurs, comment rejoindre un échantillon de personnes représentatif de l'ensemble du Québec?

L'échantillon pour cette thèse ne peut pas représenter un pourcentage donné de la population étudiée, tout simplement parce qu'il ne s'agit pas de données disponibles. C'est tout l'intérêt d'ailleurs de la partie informelle des actions qu'ils et elles font. La représentativité de l'échantillon a par ailleurs été pensée à partir des critères émis par Alvaro Pires (1997), c'est-à-dire la saturation et la diversification. La saturation des données assure une présentation de différents points de vue. Les informations collectées doivent également suffisamment revenir d'un entretien à l'autre, ou dans la composition du corpus, avant de cesser la collecte de données. La diversification invite à porter attention à des caractéristiques qui assurent une variété de profils interrogés. Dans le cas présent, il peut par exemple s'agir du nombre d'années d'expérience des professionnel·les rencontrés ainsi que de leur lieu de travail.

3.3.4 Recrutement

Le recrutement pour les entretiens de groupe a débuté auprès de groupes formels en travail social et en soins infirmiers. J'ai également recruté des membres de deux équipes de coordination de pages de discussion Facebook qui ont été créées pour que les personnes de ces deux professions puissent échanger sur leurs conditions de travail dans des groupes respectifs. Ces groupes ont été ciblés pour leur dynamisme et leur politisation des enjeux en santé et en services sociaux. L'objectif de cette partie du recrutement était d'interroger des groupes du milieu afin de dresser un portrait des enjeux principaux et des mobilisations les plus connues. De juillet à octobre 2020, j'ai effectué le recrutement de six personnes qui étaient en mesure de me parler de leur organisation, du fonctionnement, des actions effectuées à partir de leur regroupement ainsi que de leurs réflexions sur le contexte dans lequel les actions se sont déroulées (voir la grille d'entretien, en annexe C). Bien que mon devis de recherche initial, qui ciblait exclusivement des membres de regroupements politiques autonomes, a été abandonné, les six entretiens auprès de coordonnatrices de groupes ou de pages de discussion ont permis de situer le rôle de ces organisations dans les mobilisations en santé et services sociaux et leurs positions quant aux effets de la loi 10.

Le recrutement de professionnel·les s'étant mobilisé·es pour la défense de leurs conditions de travail s'est déroulé entre juin 2020 et janvier 2021, période durant laquelle j'effectuais simultanément les entretiens de groupes et leurs suivis individuels. L'intégralité du recrutement a été effectuée en ligne, principalement via les pages de discussion politique des deux professions, soit « Infirmières en mouvement » et « T.S. indignation et solution ». Les annonces de recrutement ont également été partagées par les regroupements autonomes interrogés, le RECIFS et l'AQII. J'ai délibérément évité de faire usage des moyens de communication institutionnels, qui auraient demandé une certification éthique auprès de chaque institution contactée. Je souhaitais également éviter que des personnes me répondent au moyen de leur adresse institutionnelle, qui aurait plus facilement pu être retracée par l'employeur. Des courriels institutionnels ont déjà été espionnés à la demande de directions d'établissement afin d'identifier la personne ayant dénoncé une situation dangereuse pour les patient·es (Fortier, 2022).

Le premier appel à participation a été lancé en ligne le 28 juillet 2020. J'ai créé deux versions de cet appel, l'une destinée au travail social et l'autre aux soins infirmiers, incluant toutes deux des illustrations connues du milieu (voir annexe D). L'objectif de ce visuel était de capter l'attention des personnes dans le fil de nouvelles de leurs comptes Facebook. La réception de l'appel à participation dans chaque groupe était somme toute satisfaisante : j'ai obtenu une dizaine de réactions à chaque publication.

L'une des difficultés rencontrées concernait la détermination de la fréquence à laquelle publier l'appel à participation afin de favoriser le recrutement, sans pour autant gêner le flux d'échange sur ces pages. Une publication a tendance à susciter des interactions dans les 24 heures suivant sa parution, mais ne se prolonge pas au-delà. La visibilité « éclair » des publications sur ce type de plateforme constitue une limite à la collecte de données en ligne en ce que le moment est si éphémère et hors du contrôle de la recherche que la visibilité réelle pour la population concernée est a priori restreinte et, au final, inconnue. J'ai donc ajouté au processus de recrutement une prise de contact par message privé avec les personnes qui réagissaient à mes publications afin de les informer de ma démarche et vérifier leur intérêt pour celle-ci. J'ai été étonnée du succès de cette initiative. Les critères de sécurité des plateformes comme Facebook font en sorte que les messages de la part de personnes qui ne font pas partie du réseau personnel de quelqu'un ne sont pas nécessairement visibles. Pourtant, 60 % des personnes contactées de la sorte m'ont répondu et ont

échangé avec moi sur le sujet. Plusieurs personnes contactées de cette manière ne remplissaient toutefois pas les critères de sélection de la recherche : ils et elles travaillaient dans d'autres professions, mais avaient demandé à être intégrés à ces groupes par intérêt personnel. Six des participant·es recruté·es ont été contacté·es de cette manière.

J'ai refait des publications dans les mêmes groupes les 8 octobre, 4 novembre et 11 décembre 2020. Ces appels à participation n'avaient aucune illustration et le texte a été modifié (voir l'annexe E). Ces choix ont été effectués sur la base de mon analyse préliminaire des entretiens de groupes qui avaient déjà été amorcés. Lors de ces entretiens, plusieurs personnes ont affirmé ne pas être certaines de savoir si elles correspondaient véritablement aux critères qui auraient permis de les considérer comme militantes. Pourtant, ces personnes avaient initié et participé à différentes actions qui sont mentionnées dans le répertoire d'action de plusieurs mouvements sociaux différents. Par exemple, une personne interrogée avait mené un refus de travail d'une durée de cinq mois en ne remplissant pas, à l'instar de ses collègues, le nouvel outil statistique qu'ils et elles jugeaient inadéquat. Malgré la radicalité de cette action dans le cadre professionnel, cette personne ne l'associait pas au militantisme et elle n'était pas certaine d'être suffisamment politisée pour être identifiée comme telle. Le manque de familiarité des personnes interrogées avec les termes relevant de l'action collective m'a donc amenée à modifier les appels à communication en y ajoutant des exemples personnalisés pour chaque profession afin que les personnes puissent avoir une représentation plus accessible de ce que « se mobiliser dans le cadre de son travail » peut impliquer. J'ai ainsi obtenu autant sinon plus de réactions à ces publications.

Mon recrutement a également compris un recrutement par effet boule de neige. J'ai demandé à quelques participant·es qui possédaient un réseau militant plus significatif au sein de leur profession s'il leur était possible de m'indiquer des personnes pouvant être intéressées par la participation aux entretiens que j'effectuais. Cette méthode a permis de rencontrer trois personnes supplémentaires et de clore mon recrutement.

3.4 Profil des personnes interrogées pour les entretiens de groupe

Cette section présente les données sociodémographiques que j'ai jugées pertinentes à une meilleure compréhension de la composition de l'échantillon des personnes sélectionnées pour les entretiens

de groupe. Je présente en ce sens des données relatives à l'identité de genre, aux années d'expérience professionnelle des participant·es, à leur situation géographique et au type d'établissement dans lequel ils et elles travaillent. J'expose également les raisons qui m'ont amenée à ne pas présenter certaines autres données, dont celles renseignant sur les années de militantisme.

Le revenu n'a pas semblé constituer une donnée pertinente pour expliquer la variation des mobilisations sur le lieu de travail. D'un programme du secteur public à l'autre, les salaires sont établis nationalement, en fonction des conventions collectives négociées par les syndicats. Les salaires peuvent par ailleurs varier en fonction de l'ancienneté. En soins infirmiers et plus marginalement en travail social, le titre du poste peut avoir une influence sur le revenu, sur le type de tâches effectuées ainsi que sur le pouvoir décisionnel. Plutôt que de présenter le poste occupé ou le revenu sous forme de tableau, plus d'explications figurent dans les chapitres d'analyse, notamment dans le chapitre portant sur l'identité collective.

Immigration et diversité ethnoculturelle

Statistique Canada propose plusieurs indicateurs liés à l'immigration et à la diversité ethnoculturelle afin de dresser un portrait plus complet des populations étudiées (Statistique Canada, 2022). Les données liées à l'origine ethnoculturelle, à la trajectoire de migration et aux groupes minorisés n'ont par ailleurs pas toujours été prises en compte par le milieu de la recherche scientifique. La présentation de ces données constitue un premier pas pour éviter d'invisibiliser des populations. Bien que d'en faire une présentation dans la section méthodologie puisse être pertinent, j'ai décidé de ne pas poursuivre dans cette voie, car je n'ai pas systématiquement posé de questions liées à la diversité ethnoculturelle et je ne suis donc pas en mesure d'en faire une présentation exhaustive. Quatre des vingt personnes interrogées ont indiqué par elles-mêmes ne pas être eurodescendantes. Bien que l'information ne soit pas disponible pour toutes les personnes recrutées, il est évident que mon échantillon sous-représente les personnes qui ne sont pas eurodescendantes. Ce manque de proportionnalité pose très certainement problème en ce qui a trait à la représentativité et pèse sur le type de données auxquelles j'ai eu accès. L'analyse de la variation de mobilisation entre les professions, mais également au sein même d'une profession, en est selon moi affectée. Lorsque possible, j'ai consulté la littérature produite par des personnes racisées, noires et de communautés des Premières Nations et Inuit afin d'inclure tout au long des chapitres

d'analyse certains des enjeux vécus en santé et services sociaux et dans les mouvements sociaux en raison du racisme et du colonialisme institutionnalisé.

Composition de la famille et temps consacré au travail reproductif gratuit

Bien que je n'ai pas posé de question à cet égard, plusieurs personnes ont mentionné avoir un ou des enfants. Le nombre de personnes travaillant à temps plein et à temps partiel n'a également pas été comptabilisé puisqu'il s'agissait d'une donnée qui variait de manière trop importante dans la carrière de chaque personne. La très grande majorité des gens travaillait à temps plein au moment des entretiens, mais plusieurs – principalement des femmes – ont décidé de travailler à temps partiel après avoir eu leurs enfants. Cette décision est très fréquente dans les métiers féminisés, tout particulièrement pour les femmes sur qui repose en grande partie le travail reproductif gratuit de la famille. Ce travail comprend le soin et l'accompagnement des enfants, mais aussi des autres membres de la famille, de même que l'entretien du domicile et les tâches telles que la gestion financière et plus généralement la charge mentale. Le nombre d'heures sur le lieu de travail, ainsi que la disponibilité après les heures de travail, importe énormément pour expliquer les possibilités de mobilisation. Sans temps ni disponibilité mentale, il s'avère beaucoup plus difficile de s'organiser politiquement avec des collègues, de participer à des rencontres ou encore à des actions. Plus largement, saisir ce qui fait problème dans un milieu de travail est beaucoup plus ardu lorsqu'une personne y travaille moins fréquemment ou encore durant une période de vie particulièrement chargée. Plutôt que de chiffrer ces périodes et ces obligations, les enjeux relevant de la charge mentale et du travail reproductif sont abordés dans les chapitres d'analyse.

Identité de genre

Tableau 3.1 Profil sociodémographique des participant·es; l'identité de genre

Identité de genre	Nombre de participant·es en soins infirmiers	Nombre de participant·es en travail social
Femme	13	15
Non binaire	0	1
Homme	7	4
Total	20	20

Bien que le recrutement ait été effectué sans quota de représentativité de l'identité de genre, on constate que les ratios en termes d'identité de genre restent relativement près de ceux des professions à l'étude : on retrouve 11,6 % des personnes s'identifiant comme homme en soins infirmiers pour l'année 2020-2021 (Marleau, 2021) et 11 % en travail social (OTSTCFQ, 2021). Soulignons par ailleurs que la documentation consultée pour établir le profil socio-économique n'incluait pas d'autres choix de réponse que « homme » et « femme ». J'explique le plus haut taux de participation de personnes qui s'identifient comme homme pour mon échantillon par le fait que la recherche cible les personnes militant dans le cadre de leur travail. Comme discuté dans le chapitre d'analyse sur l'identité collective, la socialisation masculine traditionnelle, mais également la perception sociale des hommes dans un rôle politique, favorise leur participation à la vie militante.

Profil professionnel des participant·es

Tableau 3.2 Profil professionnel des participant·es; l'expérience professionnelle

Années d'expérience professionnelle inclusivement	Nombre de participant·es en soins infirmiers	Nombre de participant·es en travail social
0 à 2	1	1
3 à 5	2	3
6 à 8	9	7
9 à 12	3	2
13 à 15	2	1
16 à 20	0	0
21 à 25	1	3
26 à 30	1	1
31 à 35	0	2
36 à 40	1	0
Total	20	20

J'ai décidé de faire des petites catégories d'années d'expérience plutôt que des bonds systématiques de cinq ou dix ans afin de représenter la variété d'années d'ancienneté des personnes participantes. Plusieurs tableaux ont tendance à proposer des catégories telles que zéro à cinq ans, 10 à 15 et 15 et plus. Étant donné que le travail se situe au cœur de cette étude et que les personnes interrogées accordent une grande importance aux années passées dans leur profession, j'ai établi des catégories plus restreintes, qui situent plus précisément ces années de travail. Le tableau montre que des personnes sont politiquement actives de l'entrée dans la profession à la fin de leur carrière. On constate par ailleurs que presque la moitié des participant·es ont six à neuf années de pratique professionnelle, que ce soit en soins infirmiers ou en travail social. J'explique ce taux de participation par le fait qu'il est nécessaire d'avoir une certaine aisance dans la pratique professionnelle pour être en mesure de cerner ce qui fait problème sans y être par ailleurs démobilisé·e à cause de trop nombreux échecs ou de l'épuisement que le travail peut causer. Je n'ai pas indiqué le nombre d'années de militantisme puisque la manière de se situer par rapport à

l'action politique varie énormément. Plusieurs personnes mentionnent le nombre d'années d'implication auprès du syndicat (généralement préalable aux entretiens), mais ne comptent pas les années d'actions faites hors de ces derniers. Les personnes qui n'ont jamais été impliquées dans leur syndicat affirment souvent ne pas militer activement, même si plusieurs peuvent identifier une participation à des actions collectives dès leur formation universitaire.

Situation géographique

Tableau 3.3 Profil professionnel des participant·es; Région de l'emploi

Région administrative du lieu de travail	Nombre de participant·es en soins infirmiers	Nombre de participant·es en travail social
Abitibi-Témiscamingue	0	0
Bas-Saint-Laurent	0	1
Capitale nationale	2	2
Centre-du-Québec	0	0
Chaudière-Appalaches	0	2
Estrie	1	2
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	0
Laurentides	1	0
Lanaudière	0	0
Laval	0	2
Mauricie	1	0
Montégérie	2	2
Montréal	6	9
Nord-du-Québec	4	0
Outaouais	2	0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	0	0
Total	20	20

À la manière d'une photographie, le tableau des lieux de travail des personnes participantes à mes entretiens révèle leur situation au moment des entrevues. On observe que des personnes issues de 13 des 17 régions du Québec se sont portées volontaires pour les entretiens de groupe réalisés. Il est somme toute rare d'avoir accès à une diversité géographique aussi élevée dans le cadre d'une thèse doctorale telle que la mienne. Ce taux s'explique par le mode de recrutement en ligne qui a favorisé la participation de personnes de régions éloignées, vers lesquelles il est plus coûteux de se déplacer. À noter par ailleurs que quatre régions n'ont pas été représentées : Abitibi-Témiscamingue, Centre-du-Québec, Lanaudière et Saguenay-Lac-Saint-Jean. Une importante proportion de participant·es travaille à Montréal (n = 15), tout particulièrement en ce qui concerne le travail social (n = 9, donc 45 % de l'échantillon, contre 30 % en soins infirmiers). Montréal comporte quatre CIUSSS, contrairement aux autres régions qui, en général, n'en possèdent qu'un seul, de sorte que 33 % de l'effectif infirmier y travaille, tout comme 45 % de celui en travail social (Marleau, 2021 ; OTSTCFQ, 2021). Il s'agit donc d'un facteur déterminant, qui expliquerait la proportion des personnes interrogées qui y travaillent. On remarque par ailleurs que les personnes en soins infirmiers sont dispersées dans plus de régions qu'en travail social. Le Nord-du-Québec (n=4 en soins infirmiers, donc 20 %, contre 0 % en travail social) est un lieu important de travail pour les soins infirmiers : c'est en effet une région où il est très commun d'aller pratiquer pendant quelques années, sans pour autant provenir de cette région. Les taux d'occupation des autres régions ont quelques points de différence par rapport à la moyenne de chaque profession. Par exemple, 10 % des personnes interrogées en travail social et en soins infirmiers travaillent dans la Capitale nationale. À l'échelle des professions, 12,8 % de l'ensemble de l'effectif infirmier travaille dans la Capitale nationale ainsi que 12 % de l'effectif en travail social (Marleau, 2021 ; OTSTCFQ, 2021). Alors que 3,7 % de l'ensemble des soins infirmiers est employé à Laval, aucune personne recrutée n'y travaillait au moment de l'entretien (Marleau, 2021). 10% de toutes les personnes membres de l'ordre professionnel encadrant le travail social sont également employées à Laval, alors que 4 % de mon échantillon seulement y travaille (OTSTFCQ, 2021).

Il importe par ailleurs de souligner que la trajectoire des personnes interrogées dépasse largement la situation qui a été établie au moment de l'entretien. Notamment, les lieux de travail, les programmes où ils et elles pratiquent ainsi que le lieu de résidence varient. Sur plusieurs années de pratique, de nombreuses personnes en travail social ont par exemple cumulé quelques années

d'expérience dans le communautaire ou en centre jeunesse, pour ensuite avoir travaillé dans deux programmes de CLSC distincts. En soins infirmiers, plusieurs ont travaillé en milieux hospitaliers dans une grande ville, ont ensuite passé quelques années de pratique infirmière dans le Nord-du-Québec et font actuellement partie d'un plus petit centre hospitalier d'une région du Québec. Dans tous les cas, la région dans laquelle la formation a été effectuée et celle du lieu de travail actuel sont souvent différentes.

Lieu de travail

Tableau 3.4 Profil professionnel des participant·es; lieu de travail

Lieu de travail	Nombre de participant·es en soins infirmiers	Nombre de participant·es en travail social
Centre réadaptation	0	1
CHSLD	0	1
CLSC	1	8
Hôpital	13	1
Ligne d'appel	0	1
Milieu carcéral	1	0
Milieu communautaire	1	4
Milieu scolaire	1	0
Santé publique	2	0
Privé	1	4
Total	20	20

Ce dernier tableau révèle une certaine variété en ce qui a trait aux milieux de travail des personnes interrogées dans le cadre de ma thèse. On y constate que les principaux lieux d'emploi des soins infirmiers et du travail social, respectivement les hôpitaux et les CLSC, correspondent en majorité à ceux des personnes interrogées. Par ailleurs, il importe de préciser qu'on retrouve une grande variété de spécialisations chez les personnes travaillant en milieu hospitalier et en CLSC. Les infirmiers et infirmières interrogé·es sont ainsi issu·es de programmes de santé mentale, des soins

aigus, des soins en périnatalité, du bloc opératoire et de la cancérologie, sans compter que plusieurs sont aux urgences ou sur une équipe volante. Les professionnel·les du travail social en CLSC se retrouvent pour leur part dans des programmes de soutien à domicile, de santé mentale, d'accueil psychosocial, d'organisation communautaire et dans des programmes dédiés à l'enfance, la famille et la jeunesse. Bien que les établissements de l'une et de l'autre de ces professions présentent des structures similaires, leurs programmes et leurs spécialisations varient. Tout comme pour la région d'emploi, le lieu de travail au moment de l'entrevue ne reflète que la partie actuelle de la trajectoire des personnes interrogées. Toutes les personnes rencontrées ont travaillé dans plus d'un programme et presque tous et toutes ont pratiqué dans différents milieux d'exercice. C'est notamment le cas pour les professionnel·les qui sont maintenant dans le secteur privé, mais qui ont auparavant été dans le secteur public en y faisant des actions politiques.

3.5 Collecte de données

La collecte de données effectuée dans le cadre de ma thèse visait à répondre à un questionnaire portant sur les facteurs qui peuvent expliquer la variation de la mobilisation des métiers relationnels institutionnalisés. Partant d'une hypothèse qui ciblait le contexte, les facteurs identitaires et la manière dont les rapports sociaux de sexe les traversent, j'ai organisé ma collecte de sorte à obtenir des informations sur ce qui pose problème selon les professionnel·les interrogées et des informations sur les actions qu'ils et elles ont menées. Cette section présente à cet effet les différentes méthodes d'enquête que j'ai par la suite mises en relation. Il s'agit de la création et de l'analyse d'un corpus militant, d'entretiens individuels auprès de six coordinations de groupes formels et informels centrés sur la politisation des conditions des soins infirmiers et du travail social, d'entretiens de groupes avec suivi individuel auprès de 20 militant·es en soins infirmiers et 20 en travail social, et enfin, la rédaction d'un journal de bord. Chacune de ces méthodes de collecte, ainsi que leurs limites, est explicitée ci-dessous.

3.5.1 Triangulation des outils de collecte de données

La triangulation des données collectées est au cœur de la définition même de l'étude de cas (Feagin et al., 1991; Snow et Trom, 2002). L'usage de multiples moyens de collecte est également cohérent dans une perspective féministe d'analyse des mouvements sociaux en ce que ces moyens de

collecte permettent de documenter les tactiques au-delà de la manifestation et, donc, de s'attarder à la partie plus discrète du répertoire d'action collective dans laquelle se situe une grande partie des actions réalisées par les professionnel·les rencontré·es :

Making gender processes salient in social movement theory also requires that scholars recognize the myriad of tactics beyond public protests that feminists have used to create solidarity between women and to challenge gender subordination. Social movements also advance their goals through cultural performances, discursive politics, self-help activities, networks within established institutions, and alternative institutions. To study this wide range of movement activity and organization and to understand the role that culture plays in social protest, we need to employ multiple methods based on numerous sources, including participant observation, in-depth interviewing, focus groups, discourse analysis, documentary and historical research, and surveys as well as protest event. (Staggenborg et Taylor, 2005, 48)

La triangulation offre ainsi la possibilité d'avoir un tableau plus complet de la réalité observée, non pas en additionnant ou en superposant les informations, mais bien en les combinant (Almeida, 2019; Dufour, 2013). Si tous les outils de collecte de données présentent des limites, la combinaison de ceux-ci permet de combler certains écueils et ainsi parvenir à cerner différents éléments de la « toile de sens » (Geertz, 1998) de l'action politique des métiers relationnels.

3.5.2 Corpus militant

Entre juin et juillet 2020, j'ai créé un corpus militant rassemblant le matériel de mobilisation, les annonces d'événements et les rapports et les communications de groupes autonomes (formels et informels) défendant les soins infirmiers et le travail social. J'ai ciblé le matériel de communication produit entre 2016 et 2020 par l'Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII) et celui produit par un groupe formel en travail social, soit le Regroupement, Échanges et Concertation des intervenantes et formatrices en social (RECIFS). J'ai également visé une page de discussion virtuelle sur la plateforme Facebook servant à diffuser des informations à caractère politique en soins infirmiers (« Infirmières en mouvement » suivie par 36 500 personnes), puis une page similaire en travail social (« T.S. Québec: indignations et solutions » suivie par 9 500 personnes). Ces quatre groupes ont été sélectionnés parce qu'ils étaient les groupes les plus visibles,

populaires et dynamiques depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, en 2015. L'AQII et le RECIFS sont ceux parmi les groupes formels parasyndicaux qui produisent le plus de matériels et qui ont organisé le plus d'actions. Il en va de même pour les deux pages de discussion Facebook étudiées : celles-ci sont les plus fréquentées par les personnes en soins infirmiers et en travail social. Il faut par ailleurs noter qu'il existe d'autres pages informelles de discussion pour les deux professions, mais celles-ci regroupent moins d'adhérent·es et ont moins de publications, générant par conséquent moins de réactions. Une de ces pages fait par ailleurs exception. La page « Organisation structurelle coconstruite de lo praticienxe réflexixe » (OrgStruc) est beaucoup plus populaire que toutes les autres de mon corpus (suivie par 69 000 personnes). J'ai en fin de compte décidé de l'aborder dans le chapitre 6 puisqu'elle a un effet sur l'identité collective. En partant de ce corpus, j'ai pu effectuer une analyse documentaire systématique des principaux groupes d'échange de professionnel·les politisé·es en travail social et en soins infirmiers.

Ce type de corpus est fréquemment créé afin de saisir les enjeux principaux d'une communauté (Centre de recherche sur les politiques et le développement social, 2020; Gleason, 2013; Rudnicka-Lavoie, 2020). Cette partie de la collecte de donnée aide à cerner les principales thématiques abordées par les professionnel·les qui politisent leurs conditions de travail ou qui, à tout le moins, adoptent une position critique à leur égard. Dans le cadre de ma thèse, ce corpus permet d'identifier les stratégies de communication de groupes officiels, comme l'AQII et le RECIFS, ainsi que les thématiques abordées dans les groupes de discussion comme « Infirmières en mouvement » et « T.S. Québec : indignations et solutions ». En permettant d'effectuer une revue systématique des publications de 2016 à 2020, ce corpus facilite la contextualisation des enjeux soulevés durant les entretiens qui ont suivi.

Ce que le corpus comporte

La partie corpus répertorient la documentation et les communications produites par les groupes formels (AQII et RECIFS) comporte les manifestes, les documents d'information et les rapports rédigés. Il inclut également les lettres ouvertes et les communications effectuées au nom du groupe. On y trouve, par exemple, le Manuel de survie produit par le RECIFS, qui est un document visant à stimuler la réflexivité des intervenant·es et à faciliter le passage à l'action collective. Le contenu de leurs publications Facebook a également été analysé afin d'en identifier les thèmes.

La collecte de donnée sur les deux pages de discussion (« Infirmières en mouvement » et « T.S. Québec ») inclut une documentation systématique de l'ensemble des publications de 2016 à 2020. Il a été possible d'identifier les principaux types de publications et les actions diffusées. Par exemple, le groupe « Infirmières en mouvement » a partagé les nombreux Petits livres noirs, produits par des infirmiers et infirmières entre 2018 et 2019. Regroupant des témoignages anonymisés portant sur leurs équipes de travail, ces documents ont servi à mieux comprendre un type d'action entrepris par les personnes en soins infirmiers (voir le chapitre 5). Les thématiques principales abordées sont la charge de travail, le type de gestion, le manque de ressources et des enjeux liés aux ordres professionnels.

J'ai choisi de ne pas analyser systématiquement les discussions sous chaque publication. Bien qu'il s'agisse d'un contenu public, celles-ci ne sont pas destinées à l'intention de la recherche. Leur usage soulève ainsi des questions éthiques qui relèvent davantage d'une netnographie, soit de l'analyse ethnographique de médias sociaux (Kozinets, 2019; Pink et al., 2016).

3.5.3 Entretiens individuels avec coordinations de groupes

Dans le but de me préparer aux entretiens de groupe, j'ai mené de juillet à octobre 2020 des entretiens semi-dirigés auprès de personnes impliquées dans la gestion de cinq organisations actives en soins infirmiers et en travail social. Les questions posées aux personnes organisant les groupes formels et informels les plus visibles au moment où avaient lieu mes recherches avaient pour objectif de saisir leur place dans le contexte actuel, de mieux comprendre leur analyse des effets de l'entrée en vigueur de la loi 10 et d'explorer avec eux et elles le sens des actions menées grâce à leur groupe. En partant de l'analyse du corpus militant effectué, j'avais préalablement élaboré des chronologies de l'activité politique des groupes depuis 2015 et identifié les changements dans le discours entourant leurs actions. C'est également un outil que j'ai offert aux groupes afin qu'ils puissent eux-mêmes s'en servir. L'utilisation du partage d'écran a aidé à compléter la chronologie et à revenir sur des événements marquants à partir d'un support visuel.

Ces entretiens ont en quelque sorte été préparatoires à l'interrogation d'un bassin plus vaste de participant·es dans lequel chercher réponse à mes questions. Les soins infirmiers et le travail social font usage de vocabulaires qui leur sont propres, auxquels s'ajoute un nombre d'acronymes

impressionnants ainsi que des référents somme toute difficiles d'accès pour une personne non initiée. Les entretiens auprès des personnes coordinatrices ont à cet effet grandement facilité ma compréhension d'enjeux spécifiques à chaque profession ainsi que d'éléments de vocabulaire utilisés subséquemment par les participant·es aux entretiens de groupe. De même, ces personnes coordonnatrices m'ont partagé des analyses de l'action politique au sein de leur profession, ce qui m'a permis de situer les actions des groupes dans le cadre plus large des mouvements sociaux au Québec, notamment le mouvement syndical et féministe. Ce sont également ces éléments de discussion qui m'ont aiguillée sur les sujets à aborder dans les entretiens de groupe. Par exemple, lorsque je m'apercevais qu'un groupe en travail social ne parlait pas de la relation à l'ordre professionnel ou encore des lettres ouvertes publiées par des membres du RECIFS, je pouvais lancer une question sur l'analyse que les membres du groupe faisaient de ces actions. En soins infirmiers, je pouvais relancer les participant·es en nommant des actions comme les États généraux (une forme de conférence se terminant par un micro-ouvert organisée par l'AQII), et ainsi, leur donner par le fait même des exemples parlants d'actions et vérifier l'importance de ce type de mobilisation pour elles et eux.

3.5.4 Entretiens de groupes en ligne et suivis individualisés

L'entretien de groupe est au cœur de ma recherche depuis ses débuts. Qu'il se déroule en présentiel ou sous la forme en ligne que j'ai adoptée, il s'agit pour moi d'un moyen de créer une conversation autour de l'activité politique des métiers relationnels. En regroupant des personnes issues d'une même profession, mon objectif était de mettre en commun les expériences et la réflexivité de plusieurs personnes pouvant être critiques de l'organisation de la santé et des services sociaux et ayant tenté d'en améliorer les conditions.

Bien que cette méthode ait été pensée pour le milieu commercial et publicitaire, elle fait partie depuis les années 1980 des méthodes qualitatives des sciences humaines. Il s'agit d'une méthode qui place au centre de la collecte donnée le dialogue des acteurs et des actrices sélectionné·es, sur la base de critères représentatifs d'une population cible (Dussault, 2022a; Kenny, 2005; Touré 2010; Wilkinson, 1998). Pouvant se dérouler en présentiel et en ligne, de manière asynchrone ou synchrone, l'entretien de groupe facilite la collecte d'informations sur le sens, les représentations et les divergences d'opinion de plusieurs personnes simultanément. Si elle est accompagnée de

moments de rencontre avant et après l'entretien de groupe comme je l'ai fait pour ma thèse, cette méthode peut reproduire la séquence de la réflexivité. L'action politique étant un sujet peu fréquemment discuté dans le contexte des soins infirmiers et du travail social, ces divers moments d'échange et de réflexion ont facilité la mise en mot d'expériences, d'opinions et de connaissances des personnes participantes.

La formule en ligne de manière synchrone, soit en temps réel, a l'avantage de donner lieu à un échange en direct. Se déroulant généralement avec caméra et son, cette formule permet d'obtenir les réactions instantanées des participant·es. Les modalités synchrones répondent à cet égard aux principales limites soulevées quant à la réalisation des entretiens de groupe en ligne (Horrell et al., 2015 ; Lobe et al., 2020 ; Stewart et Shamdasani, 2017). En plus d'être moins dispendieuse que le déplacement dans plusieurs régions différentes du Québec, le principal avantage de la méthode en ligne a été de faciliter la participation de professionnel·les peu disponible, tout particulièrement durant la pandémie de COVID-19. Grâce à la formule en ligne, ils et elles économisaient le temps de déplacement qu'impliquait le présentiel et pouvaient choisir de participer à l'entretien dans le lieu de leur choix, leur permettant d'être à la fois dans un milieu familier, confortable et où il est possible de répondre plus facilement à certains impératifs familiaux. Notamment, plusieurs participant·es ont souligné avoir uniquement été en mesure de participer parce qu'il était possible de surveiller les enfants simultanément. On se rapporte ici à la considération de la conciliation famille, travail et militantisme, avec laquelle les femmes doivent tout particulièrement jongler quotidiennement. Plutôt que de n'avoir que deux ou trois disponibilités par région, chaque personne pouvait choisir entre les dates que je proposais. Il s'agissait d'un aspect non négligeable pour les personnes ayant un horaire chargé, comme c'est souvent le cas pour le personnel de soin de santé et de services sociaux. Mettre de l'avant ces options était une manière pour moi de rester cohérente avec mon positionnement épistémique et, du même coup, de favoriser la participation des personnes que j'interpellais.

L'entretien en ligne a également facilité la participation de personnes travaillant et habitant des régions où je n'envisageais pas de me rendre, autant pour des raisons financières que d'horaires. Plusieurs personnes du Nord-du-Québec, du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie ont ainsi pu participer aux entretiens. Cette retombée fait écho aux études de la méthode de l'entretien en ligne qui soulignent la participation accrue de personnes désavantagées par des contraintes physiques ou

psychologiques, ou encore qui sont éloignées géographiquement (Archibald et al., 2019; Colom, 2021; Gratton et O'Donnell, 2011; Matthews et Cramer, 2008; Rivaz et al., 2019; Stewart et Shamdasani, 2017; Tuttas, 2015).

La comparaison de la composition des groupes en ligne à celle des groupes qui étaient initialement prévus en présentiel permet de constater que l'avantage des groupes en ligne a été de rassembler des personnes issues de régions variées, qui travaillent pour un plus grand nombre de CI(U)SSS et qui ont des réalités locales plus diversifiées. La formule en présentiel impliquait quant à elle d'effectuer des entretiens de groupe auprès de professionnel·les de la même région, travaillant possiblement dans le même CI(U)SSS, voire dans le même établissement. L'une et l'autre auraient certainement été pertinentes pour évaluer mes hypothèses. Cependant, il s'est avéré que l'option en ligne synchrone a facilité la participation d'une plus grande diversité de personnes, en plus d'offrir un portrait de plus d'établissements de la santé et des services sociaux du Québec.

L'objectif de mettre en commun les enjeux vécus au travail a également bénéficié de la formule en ligne. L'expérience de chaque personne était confrontée à celles d'autres participant·es provenant de milieux différents, ce qui a permis d'identifier plus facilement les similitudes et les variations. Plusieurs ont notamment mentionné leur appréciation du fait de pouvoir rencontrer de nouvelles personnes militantes et plusieurs ont gardé contact à l'extérieur du cadre de la recherche. De même, quelques personnes ont mentionné avoir appris de nouvelles tactiques qu'il leur était possible de mettre en place dans le cadre de leur emploi. Dans l'ensemble des entretiens de groupe menés, des personnes ont souligné qu'entendre des collègues parler de leur vécu dans des établissements différents leur a permis de comprendre le caractère systémique des conséquences de la réforme. Il s'agit là pour les participant·es de retombées que je n'avais pas planifiées, mais qui ont été déterminantes dans leur appréciation du processus.

Déroutement des entretiens de groupe et des suivis individuels

En fin de compte, 40 personnes ont participé aux entretiens de groupe en ligne synchrones que j'ai menés. Ces 40 participant·es en comprenaient 20 de chaque profession, ceux-ci ayant été réparti·es en groupe de trois à cinq personnes de la même profession. Suivant le rappel du formulaire d'informations et de consentement (voir l'annexe F), les entretiens ont d'abord pris la forme d'une

activité brise-glace : ils débutaient ainsi par un tour de table où chaque personne donnait son nom et son travail, pour ensuite expliquer son intérêt envers l'action politique. L'objectif des entretiens de groupe était d'aborder trois sujets principaux : les effets de la loi 10 sur leur pratique et leur profession, les enjeux de l'action politique dans le cadre institutionnel et leurs expériences militantes à titre de professionnel·les. Malgré le fait que j'avais préparé des questions ouvertes pour chaque sujet (voir l'annexe G), mon souhait était de ne pas avoir à m'en servir et que les discussions les abordent d'eux-mêmes. Débuter les entretiens par une discussion sur les enjeux de la réforme avait comme effet, pour reprendre un terme tiré du milieu syndical, d'« agiter » les participant·es (Slaughter, 2005), stimulant la discussion et facilitant ensuite les échanges sur des sujets plus délicats et moins communs, comme le militantisme. C'est en ce sens que j'ai décidé d'amorcer les discussions en abordant les effets de la réforme – un sujet plus accessible et fréquemment discuté entre professionnel·les. Et pour cause, les entretiens de groupes ont duré en moyenne 2 h 15. Alors que j'envisageais des entretiens d'une heure, par peur de décourager la participation, il s'est avéré qu'aucun des groupes n'a discuté moins de deux heures. En ce sens, mon rôle était de saisir les moments appropriés pour recadrer les échanges qui s'attardaient sur des sujets connexes et de proposer de plonger plus en profondeur dans un aspect particulier d'un enjeu. Je n'ai que rarement eu à gérer des tours de parole, puisque les gens alternaient adéquatement entre eux et elles.

38 des 40 personnes ont été rencontrées dans les jours suivants l'entretien de groupe pour participer à un suivi individualisé; les deux personnes n'ayant pu participer souffraient d'enjeux de santé. Organisé sous la forme d'un entretien semi-directif, ce suivi était l'occasion de détailler la trajectoire individuelle de chacun. Ce type d'entretien constitue une dimension essentielle qui permet de vérifier certains éléments liés à l'hypothèse sur l'importance de l'identité dans le passage à l'action. Le suivi individualisé permettait également de revenir sur les sujets discutés en entretien de groupe, d'ajouter des éléments oubliés ou de nuancer des propos. C'était également l'occasion de revenir sur certains sujets que la personne n'était pas à l'aise de partager en groupe (voir l'annexe H). D'une durée moyenne d'une heure, le suivi individuel s'est avéré utile pour enrichir l'analyse de chaque personne et pour voir l'effet que la discussion collective avait eu sur ses propres perceptions. La période laissée entre l'entretien de groupe et l'entretien individuel permet aux gens d'avoir un recul sur leurs réponses et ainsi les clarifier, les bonifier ou encore les modifier. La première partie des entretiens, qui était menée en groupe, faisait office de mise en commun des

mémoires et des réflexions, tandis que la seconde, menée de manière individuelle, permettait un approfondissement et une personnalisation des réflexions. Précédées d'un contact initial préparant la personne à la discussion, ces étapes correspondent au processus participatif, qui engage les personnes dans une réflexion active, continue et collectivisée sur un enjeu donné (Schön, 1983; Racine, 2000). Le lien créé grâce aux multiples échanges a également facilité la discussion de sujets plus délicats.

Limite de la formule en ligne

Cinq participant·es résidants dans la région du Nord-du-Québec ont vécu des problèmes de connexion dus à la faible bande passante de leur connexion Internet. Conséquemment, leur caméra devait être soit sporadiquement soit constamment fermée. L'une d'entre ces personnes a également manqué 30 minutes de l'entretien de groupe à cause de ce problème de connectivité. Il s'agit de l'un des enjeux principaux des entretiens synchrones en ligne (Egid et al., 2021; Gratton et O'Donnell, 2011; Tuttas, 2015), sinon le plus important, selon certains chercheurs (Stewart et Shamdasani, 2017). Sans repère visuel, il était plus complexe pour ces personnes de saisir le rythme de la discussion, ce qui compliquait leur participation. Afin de diminuer l'impact des asymétries liées aux conditions matérielles et de favoriser une participation équitable aux entretiens de groupe, j'ai pris l'habitude d'interpeller fréquemment ces personnes durant les entretiens pour faciliter leur prise de parole et éviter qu'elles ne deviennent passives.

Les entretiens effectués n'ont pas été exempts des dynamiques de pouvoir. Les privilèges provenant de la socialisation traditionnellement masculine et de l'autorité « d'expérience » se sont manifestés dans deux des entretiens de groupe. Dans l'un d'entre eux, l'opinion d'une participante a été dévaluée en raison de son manque d'expérience et celle-ci se faisait fréquemment interrompre. Sans nommer les mécanismes que je constatais, j'ai par ailleurs invité l'ensemble du groupe à ne pas couper la parole aux autres personnes. Paradoxalement, ce sont les retours individualisés sur ces deux moments qui se sont avérés les plus riches quant à l'analyse des asymétries de genre dans le milieu de la santé et des services sociaux, notamment entre collègues. En partant de cet événement, les participant·es faisaient plus facilement des liens avec leur dynamique au travail. Bien que toute inégalité de traitement soit à éviter durant la collecte de données, le suivi individuel a permis d'obtenir des réflexions plus poussées sur un enjeu central de ma thèse et, par le fait

même, d'assurer un exutoire sur les inégalités systémiques. Il reste que les enjeux liés aux rapports sociaux de sexe ont été abordés dans l'ensemble des entretiens de groupe et des suivis individuels, notamment en lien avec la hiérarchisation des professions et la difficulté à se mobiliser.

3.5.5 Journal de bord

L'objectif du journal de bord était de documenter le déroulement de ma collecte de données. J'y ai également noté les réflexions et les questionnements qui me sont venus durant le codage et l'analyse. Le journal de bord comme outil de recherche (et non comme objet d'étude) est utilisé afin de documenter différentes composantes influençant une recherche. Dans les études qualitatives comme cette thèse, l'objectif est de conserver un registre de l'ensemble des réflexions, des observations et des réactions afin d'y revenir par la suite. Dans une perspective longitudinale, le journal de bord sert également à mettre en dialogue les entrées journalistiques (Baribeau, 2005; Mucchielli, 2009). Ce faisant, il est possible d'y cerner le développement d'idées, d'hypothèses et d'une analyse durant une recherche. Le journal de bord permet ainsi d'alimenter la réflexivité du chercheur ou de la chercheuse et de mieux retracer le cheminement analytique effectué (Hyers, 2018; Malinowski, 1985; Valéau et Gardody, 2016). Comme le souligne Lorraine Savoie-Zajc, « le journal de bord aidera le chercheur à produire une recherche qui satisfait au critère de validation de cohérence interne : il sera en mesure de reconstituer, à l'aide de ce document, le raisonnement qui l'a conduit à prendre certaines décisions d'ordre méthodologique » (Savoie-Zajc, 2009, 130) et, j'ajouterais, d'ordre théorique. En possédant un support écrit vers lequel revenir, il a été possible de suivre le fil de mes réflexions sur plusieurs années.

J'ai créé mon journal de bord à l'aide de la plateforme en ligne et gratuite Notion. Il s'agit à la base d'un outil d'organisation du travail. Il propose notamment des canevas de feuille de notes dans lesquels il est possible d'ajouter des images et des documents. Chaque feuille est identifiée dans un tableau qui est organisé par date d'entrée, à laquelle il est possible d'ajouter un résumé et des mots clés.

Cette documentation m'a permis d'améliorer en continu ma collecte de données en ajustant ma démarche au regard des observations que j'y notais. En comparant les notes de mes deux premiers entretiens, j'ai pu me rendre compte de la prédominance de la peur entourant l'action politique.

Les discussions sur la peur de dire « non », la peur d’agir et la peur d’être sanctionné se référaient, parfois sans la nommer, à la violence organisationnelle comme mode de contrôle institutionnalisé des employé·es. Bien que la sociologie des mouvements sociaux ait développé un sous-champ dédié à l’étude des émotions (Blais, 2018; Ferree, 2002; Goodwin et al., 2000; Jasper, 2018; Taylor et Leitz, 2010), je n’avais pas formulé d’hypothèse spécifique à cet égard ni de question préalablement définie. Connaissant par ailleurs les différents effets que peuvent avoir les mesures répressives sur l’action collective (Dufour et Dussault, 2022), j’ai rapidement compris l’importance des émotions comme la peur pour expliquer la manière dont le contrôle du milieu de travail affecte la capacité de se mobiliser, ce que j’ai pris l’habitude d’aborder dans les entretiens.

3.6 Codage et processus analytique

L’ensemble des matériaux recueillis a été codé et analysé au moyen du logiciel NVivo. Les entretiens et le corpus militant ont été intégrés au logiciel sous forme de verbatim. J’ai ensuite analysé le tout à partir de l’analyse thématique (Nowell et al., 2017), une méthode qualitative ayant pour objectif d’identifier des thèmes – que l’on pourrait également nommer catégories – revenant dans les données analysées afin de comparer les ressemblances et les dissemblances et faire ressortir un propos généralisable.

Au début de ma recherche, j’ai envisagé de m’appuyer sur la théorie ancrée (grounded theory). J’étais intéressée par l’entrée sur le terrain sans cadre prédéfini, méthode par laquelle le terrain construit en quelque sorte le cadre théorique, et non l’inverse (Charmaz, 2014 ; Creswell et Poth, 2017). Il me semblait que cette approche inductive, puis déductive, permettrait de mettre au cœur de ma compréhension ce que vivent les personnes concernées, touchant ainsi à une de mes préoccupations centrales. Néanmoins, partant d’un cadre théorique et d’hypothèses de recherche, je ne pouvais pas prétendre m’inscrire dans une telle démarche et j’ai donc rapidement écarté l’idée de recourir à la théorie ancrée.

J’ai plutôt choisi de travailler à partir de l’analyse thématique puisque celle-ci lie la déduction et l’induction dans un processus comportant plusieurs allers-retours entre les différents éléments de la collecte de données et de la littérature. Cette proposition est en fin de compte beaucoup plus cohérente avec la création d’un code de nœuds dans lequel je savais préalablement que j’allais

inscrire des entrées sur les opportunités politiques, l'identité collective, la division sexuée du travail, ainsi que le répertoire d'action collective et les effets du contexte organisationnel.

La littérature propose plusieurs options d'analyse thématique, mais la clarté et la précision de plusieurs d'entre elles sont inégales (Attride-Stirling, 2001; Braun et Clarke, 2006; King, 2013; Roberts et al., 2019; Tuckett, 2005). Le codage a également tendance à déstructurer le contenu pour rendre uniquement compte des récurrences, ce qui a pour effet d'invisibiliser certains points de vue. On risque alors de surgénéraliser les résultats, notamment dans le cadre de l'analyse d'entretiens de groupe (Onwuegbuzie et al., 2009). Je me suis donc assurée, tout au long du processus, de prendre en compte les interactions et le contexte sous-jacents aux éléments codés. En ce sens, l'ensemble de la démarche de codage et d'analyse thématique est basé sur le modèle développé par Lorelli S. Nowell, Jill M. Norris, Deborah E. White et Nancy J. Moules (ci-après, Nowell et al., 2017) de l'École de soins infirmiers de l'Université de Calgary. Je me suis arrêtée sur leur modèle pour la précision des étapes qu'il propose ainsi que pour sa cohérence par rapport à ma démarche de recherche.

3.6.1 Étapes de l'analyse thématique et comparée

La première étape du modèle d'analyse thématique de Nowell et al. (2017) consiste à se familiariser avec les matériaux. À cette étape, j'ai lu les verbatim des entretiens de groupes et des suivis individuels. J'ai fait de même pour les éléments composant le corpus, mais dans un autre document NVivo. J'ai documenté dans mon journal de bord les idées générales qui en ressortaient. Ensuite, j'ai effectué un codage systématique du matériel à partir de précatégories, plutôt que d'utiliser un code existant ou de travailler de façon complètement inductive. J'ai pu commencer l'identification des récurrences et des liens entre les codes, éléments que j'ai ensuite inscrits dans mon journal de bord. À cette étape, comme à toutes les autres, il est recommandé de présenter les résultats préliminaires à des collègues, ce que j'ai fait lors d'une rencontre avec une personne spécialisée en méthode qualitative. La troisième étape s'enclenche lorsque le codage initial est terminé. Elle sert à rassembler les codes en thématiques, sans qu'aucun code ne soit pour autant abandonné. À cette étape, qui a eu lieu en décembre 2021, j'avais en quelque sorte besoin de sortir mes données du monde en ligne et des logiciels. J'ai donc utilisé pendant plusieurs semaines un tableau sur lequel

était inscrit chacun de mes 300 nœuds (environ la moitié pour chaque profession, qui avait chacune son projet NVivo), pour ensuite les regrouper en thématiques larges :

- Condition de travail
- Difficulté de passer à l'action
- Effets de la réforme
- Effets du militantisme
- Émotion
- État psychologique
- Genre et division sexuelle du travail
- Gestion
- Identité
- Institution
- Opportunité
- Prendre la parole
- Raison du passage à l'action
- Rappel à l'ordre
- Reconnaissance
- Répertoire d'action collective
- Représentation
- Syndicalisme
- Trajectoire

La quatrième étape implique de retourner lire les extraits associés à chaque thème, afin de valider la correspondance préalablement identifiée. On peut ainsi confirmer notre choix, le modifier, enlever ou encore ajouter des codes. C'est ici qu'il est possible de faire ressortir les idées générales qui se dégagent des codes et des thématiques. Je suis également retournée à la littérature liée à mon cadre théorique, aux mouvements sociaux et au renouveau syndical. La cinquième étape de Nowell et al. (2017) m'a par ailleurs forcée à traduire en texte ce que mes thématiques démontraient. Le but de cette étape est en fait de rédiger l'explication analytique derrière chaque thème afin d'explicitier son lien avec la question de recherche et les courants théoriques dans lesquels la recherche s'inscrit.

Tel que recommandé par Nowell et al. (2017), j'ai présenté ces séquences et le processus analytique l'entourant dans le cadre d'un séminaire spécialisé en analyse des mouvements sociaux, où plusieurs personnes étaient également familières avec les perspectives féministes. C'est une étape qui m'a permis d'identifier des différences entre les effets du contexte organisationnel et le militantisme, mais qui s'apparentait davantage à une mise en parallèle plutôt qu'à une véritable comparaison analytique. La rétroaction de la part de collègues m'a permis de mieux expliquer mes séquences, d'en voir les limites et, finalement, de me diriger vers la rédaction en tant que telle de mon analyse comparative. Je suis également retournée dans les données provenant du corpus militant et des entretiens effectués avec des personnes qui coordonnent ces groupes. C'est à la suite de ces démarches que j'ai été en mesure d'expliquer les variations entre les deux professions.

La rédaction des résultats constitue la sixième et dernière étape de l'analyse thématique, qui comprend également la présentation des résultats aux personnes ayant participé à la collecte de données. Bien qu'il s'agisse d'une excellente manière de valider les conclusions de l'analyse, je n'ai pu le faire qu'avec quatre des personnes interrogées.

3.7 Rapport au traitement des informations

Je savais dès l'étape de la collecte de données que la rédaction de mes chapitres d'analyse serait centrée sur des extraits d'entretiens. Chacun des chapitres d'analyse comporte des vignettes présentant des situations partagées par les personnes interrogées. Mettre de l'avant la parole des personnes interrogées est également une manière d'assurer la cohérence avec l'épistémologie féministe (Hill Collins, 1986, 2013b). C'est une manière pour moi d'éviter de m'appropriier les réflexions d'autrui et de présenter leur propre analyse de leur situation. Il me semble également que la présentation de situations concrètes dans leurs propres mots rend davantage justice à ce qu'ils et elles ont vécu en se mobilisant sur leur milieu de travail.

Bien que plusieurs personnes interrogées aient consenti à associer leur prénom à des extraits qui pouvaient être publiés, j'ai décidé d'anonymiser l'ensemble des extraits afin de garder une cohérence dans la méthode de rédaction. Chaque extrait est donc présenté à partir d'un nom fictif et quelques informations ont parfois été modifiées afin d'éviter une identification croisée.

3.8 Conclusion de chapitre

La méthode que j'ai déployée afin de saisir les facteurs qui expliquent les variations en matière de mobilisation institutionnelle combine l'analyse d'un corpus militant, d'entretiens semi-dirigés et d'entretiens de groupes, de même que l'usage du journal de bord. La posture épistémique que je mobilise a permis de développer un devis de recherche qui convient particulièrement bien aux personnes ayant une charge mentale et des obligations familiales importantes. Dans la mesure du possible, j'ai tenté d'appréhender chaque étape de la recherche de sorte que les personnes participantes et leur expérience soient au cœur de la démarche. Les principes de l'épistémologie féministe ont pu en ce sens faciliter l'expression de personnes qui sont rarement écoutées lorsqu'il est question de dire ce qui fait problème dans l'institution de la santé et des services sociaux et dont les actions politiques ne sont que rarement mises de l'avant.

La posture épistémique n'empêche pas que des inconforts ou des situations problématiques surviennent. Dans le cas de ma collecte, c'est une posture qui a encouragé le partage d'enjeux liés aux inégalités de genre et à des pratiques de violence organisationnelle. Il reste que certaines manifestations de rapports de pouvoir ont eu lieu durant les entretiens de groupe. Dans ces cas-ci, l'attention aux interactions permet d'en limiter la portée et de faire un retour sur celles-ci. Patricia Hill Collins parle de l'activisme intellectuel (2013b) comme d'un positionnement qui incite à retourner vers les personnes interrogées pour parler des enjeux de rapport de pouvoir. Elle invite également à aborder ces enjeux avec les personnes ou avec les instances qui imposent ces dynamiques. Il s'agit de modes de diffusion des données que j'ai déjà entamés et que j'entends poursuivre.

CHAPITRE 4

CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET OPPORTUNITÉS POLITIQUES

Ce chapitre décrit et analyse les manières dont le cadre institutionnel affecte l'engagement des professionnel·les dans la défense de leurs conditions de travail. Partant d'un bref retour sur les modifications prévues par la loi 10, j'analyse la manière dont ces changements structurent le déploiement d'ouvertures politiques. J'analyse ensuite la façon dont les participant·es perçoivent les effets de ces changements ainsi que la possibilité de se mobiliser dans l'exercice de leurs fonctions.

Ces données sont analysées à partir du concept de structure des opportunités spécifiques qui, rappelons-le, permet d'indiquer le degré d'ouverture pour faire valoir ses intérêts et ses revendications dans un secteur donné (Giugni, 2008). Ce concept aide à comprendre comment se déploient les freins et les facilitateurs à l'action en fonction du contexte local et sectoriel. La notion de spécificité prend toute son importance ici : les contraintes structurelles à l'action politique peuvent être rencontrées à de multiples paliers d'une organisation, amenant les travailleurs·euses à envisager différentes actions dans leur milieu de travail. Le programme, le style de gestion et la logique organisationnelle sont ainsi des facteurs qui peuvent faire varier la mobilisation.

Ce chapitre mobilise également le concept de rapports sociaux de sexe. Les rapports sociaux de sexe permettent de saisir les dynamiques organisationnelles au regard d'un type de rapport social et je soutiens à cet effet que ceux-ci sont institutionnalisés, de sorte à réguler les pratiques en santé et services sociaux. Plus largement, leur institutionnalisation assure une reproduction des rôles sociaux. L'organisation de la structure institutionnelle, les modes de gestion et les interactions sont marqués par une néolibéralisation de la santé et des services sociaux et les rapports sociaux de sexe y ont un effet transversal. Ce chapitre aide à cerner les effets des changements au sein d'une institution complexe et à voir de quelles manières les rapports sociaux de sexe marquent l'organisation du travail. Finalement, il contribue à identifier l'effet structurant du contexte sur le passage à l'action, sur la possibilité d'agir et sur la manière de le faire.

Les sections qui suivent regroupent les principaux enjeux soulevés par les participant·es aux entretiens de groupes en ligne lorsque questionné·es sur les impacts de l'entrée en vigueur de la loi 10. En ce sens, le chapitre détaille les effets relevant de la centralisation des structures, du changement d'échelle organisationnelle, de la suppression d'espaces décisionnels, du changement des paliers et modèles de gestion, de la hiérarchisation entre le travail curatif et de *care*, et des stratégies de contrôle par le genre. Afin d'appuyer l'analyse, plusieurs de ces sections sont accompagnées de vignettes, c'est-à-dire d'encadrés reprenant des extraits d'entretiens représentatifs des données recueillies.

4.1 Centralisation

Comme l'expliquait le premier chapitre, la réforme de la loi 10 s'inscrit dans la logique de celle qui la précède et qui a eu lieu en 2003. Elle vise en effet à compléter les transformations organisationnelles et de gouvernance initiées par l'ancien ministre de la Santé, Philippe Couillard (2003-2008), ensuite devenu Premier ministre du Québec (2014-2018). La réforme de 2003 a d'abord reconfiguré l'ensemble de l'institution en mettant sur pied des structures plus englobantes et plus larges. Celles-ci ont pour fonction la centralisation des ressources et des établissements d'un même territoire sous une grande structure. Ainsi, la réforme donne lieu à une nouvelle structure, les Centres de santé et services sociaux (CSSS), qui rassemblent les hôpitaux, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), jusqu'alors indépendants les uns des autres. On retrouve donc 95 CSSS pour l'ensemble du Québec. La réforme de 2003 vise également à réorganiser le travail selon la logique de la nouvelle gestion publique (NGP).

La mise en œuvre de la Loi 10 à partir de 2015 poursuit la fusion des établissements, la centralisation des pouvoirs, l'externalisation des services et l'implantation de programmes de type *Lean* ou *SixSigma* (voir le premier chapitre pour plus de détails). Bien que les réformes de 2003 et de 2015 s'inscrivent toutes deux dans le tournant néolibéral des services publics, celle de 2015 a la particularité d'être plus drastique, plus intense et plus rapide. Les CSSS créés en 2003 sont ainsi réorganisés, de sorte à créer des entités encore plus larges pour chaque région du Québec. La réforme de 2015 regroupe donc 182 établissements du Québec en 34 superstructures nommées Centre intégré et Centre intégré (universitaire) en santé et services sociaux, soit les CISSS et

CIUSSS (Bourque & Lachapelle, 2018). Dans un souci d'accessibilité, on y retrouve désormais tous les services d'un territoire : centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires (CLSC), centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et centres de réadaptation. L'objectif est d'avoir une seule entité administrative centrale par région, à l'exception de Montréal, qui en compte cinq, et de la Montérégie, qui en compte trois. Par exemple, la région des Laurentides, dont les services étaient auparavant regroupés en sept CSSS, est dorénavant composée d'un seul CISSS. La création des CI(U)SSS est fondée sur la même logique de rentabilisation financière, d'amélioration de l'accès aux services et d'allègement des structures que la réforme de 2003. Pour autant, plusieurs rapports et études démontrent que ces réformes ont plutôt diminué l'accès aux services. Les résultats de ces études révèlent que le rapport entre gestionnaires et employé·es s'est complexifié et que la réforme a eu un effet d'accentuation de l'entrée du marché privé en santé et services sociaux (Benoît, 2015; Boivin, 2020; Locas, 2014).

La logique de centralisation se constate également sur le plan de la distribution des pouvoirs décisionnels. La création des CI(U)SSS s'accompagne en effet de la nomination des directions et de leurs adjoint·es par le ministre de la Santé et des Services sociaux (Bourque et Lachapelle, 2018; Naisby, 2016). De même, le ou la ministre peut « prescrire des règles relatives à la structure organisationnelle » (Éditeur officiel du Québec, 2014), donnant ainsi au ministre en place un plus grand pouvoir sur la direction des établissements et un impact plus direct sur les dynamiques organisationnelles de chaque CI(U)SSS. Cette même logique est appliquée aux conseils d'administration : les personnes y siégeant sont dorénavant nommées par le ou la ministre et on n'y trouve plus aucune personne élu·e par la population.

Cette centralisation des établissements a pour effet de diminuer les ouvertures sur le plan politique dont il est possible de se saisir comme employé·es au niveau local. En centralisant les établissements sous une seule grande direction, il devient plus difficile pour le personnel d'avoir accès à la direction ou encore de demander des changements qui touchent l'équipe de travail d'un programme particulier. La propension des dernières réformes à centraliser les pouvoirs et à supprimer des paliers décisionnels à l'échelle locale affecte les relations entre gestionnaires et employé·es. Cette tendance a également pour effet de diminuer les options non conflictuelles des

membres du personnel pour mettre de l'avant des enjeux liés aux conditions de travail ou à la qualité des soins.

4.2 Taille de la structure

Parmi les différents éléments affectant les conditions de travail répertoriées dans la littérature et évoquées par les travailleurs et travailleuses interrogé·es, la taille de la structure en est un qui semble incontournable. Celle-ci a notamment un effet sur les liens d'interdépendance entre établissements : alors que les établissements du Québec bénéficiaient auparavant d'un budget indépendant et d'une logique organisationnelle propre, la réforme de 2015 a pour effet de lier l'ensemble des établissements sous une même enveloppe budgétaire et sous une seule direction de CI(U)SSS.

Parmi les éléments qui nuisent aux groupes étudiés, notons également l'agrandissement du territoire à couvrir par un seul service dont les équipes n'ont pas nécessairement été agrandies. Une grande partie des services en santé et services sociaux hors de l'hôpital se font à domicile ou sont basés sur une logique de service de proximité. La reconfiguration des territoires a pour effet de diminuer l'accès à ces services de proximité. C'est tout particulièrement le cas en région éloignée. Dans ce même ordre d'idées, la suppression des agences de santé²², dont le mandat était de produire des « plans de services » cohérents avec les besoins constatés sur le territoire, n'est pas reprise par la structure des CI(U)SSS. Sans ces études des enjeux sanitaires, sociaux et psychosociaux, l'agrandissement du territoire a pour effet d'obscurcir le portrait de la population à desservir.

La logique de la nouvelle gestion publique (NGP), comprenant notamment une standardisation des pratiques, y trouve par ailleurs une plus grande cohérence. La centralisation des établissements au sein de superstructures accentue la logique d'uniformisation et de standardisation des pratiques entre établissements du même CI(U)SSS. Historiquement, les programmes étaient personnalisés selon les besoins des populations que les services de proximité visaient à desservir. Ce faisant, les établissements pouvaient avoir des programmes variant en fonction des enjeux vécus par les

²² Les agences régionales de santé et de services sociaux avaient pour mandat d'évaluer les besoins des populations sur le territoire desservi. Le portrait effectué influençait ensuite les programmes des établissements de santé et de services sociaux, de même que l'offre de services.

communautés établies à proximité de ce service. L'élargissement du territoire a pour effet de complexifier l'identification des besoins sur lesquels concentrer les programmes d'intervention et de prévention. En standardisant les pratiques à une si grande échelle, la réforme a pour effet de diminuer les possibilités en ce qui a trait à la valorisation de nouveaux fonctionnements ou à l'adaptation de procédures à l'échelle locale. Bien que les fusions d'établissements ne modifient pas nécessairement les tâches quotidiennes, l'organisation des services et de l'équipe peut en être affectée, tout comme, parfois, les lieux de travail ou le gestionnaire.

En modifiant les structures organisationnelles en santé et services sociaux, les accréditations syndicales ont finalement dû être revues. Alors que la réforme de 2003 avait décentralisé les unités d'accréditations syndicales dans le but de donner un plan grand pouvoir aux gestionnaires locaux (Bolduc, 2015), la réforme de 2015 les centralise de nouveau. La fusion d'établissements dans lesquels les affiliations syndicales n'étaient pas nécessairement les mêmes force les centrales syndicales à effectuer un maraudage puisqu'on doit retrouver un maximum de quatre unités d'accréditation par établissement. Ce maraudage a pour objectif le choix par les employé·es de l'affiliation de leur nouvelle et plus grande unité syndicale. Suivant ce maraudage, les 800 accréditations syndicales ont été fusionnées en 100 unités (Confédération des syndicats nationaux, 2016).

Les changements initiés par la loi 10 ont de surcroît pour effet de fusionner des établissements et des équipes de travail qui ne vivent pas nécessairement les mêmes enjeux et qui n'ont pas les mêmes façons de faire valoir leurs demandes. Ce faisant, la possibilité au niveau local de se saisir d'une structure formelle comme le syndicat afin de défendre ses droits est diminuée. Plusieurs personnes interrogées ont en effet souligné la difficulté d'entrer en contact avec leurs représentants syndicaux et leurs représentantes syndicales, ou encore leur exécutif : « Souvent les gens me contactent à la place d'aller vers le syndicat. Les gens ne savent plus comment rejoindre leur syndicat, ni où le bureau est rendu. » (Gabriel, suivi individuel en travail social, groupe 3). La perte de l'accès physique aux personnes représentant le syndicat sur le milieu de travail est un élément organisationnel majeur qui structure les possibilités d'agir politiquement et qui rend plus compliquée la mobilisation dans le cadre de son emploi. Plusieurs années après la fusion d'établissements, les gens peinent à établir aisément un contact avec leur syndicat local et à s'y référer pour des enjeux vécus quotidiennement au travail.

4.3 Suppression d'espaces décisionnels

Différents espaces formels de décision ou de consultation des employé·es et de la population ont été supprimés avec l'entrée en vigueur de la loi 10. Plusieurs établissements ont notamment supprimé leurs comités d'usagers et leurs associations d'établissement (Bourque et Lachapelle, 2018; Tremblay et al., 2017). À l'échelle locale, ces espaces sont utilisés pour mettre en place des lieux de discussion sur des enjeux touchant l'organisation et l'accessibilité des services, la qualité des soins et les conditions de travail. Il s'agit d'espaces dans lesquels plusieurs acteurs et actrices qui ne participent pas aux instances nationales et régionales peuvent s'impliquer en ayant la capacité de prendre la parole et en ayant potentiellement un pouvoir décisionnel.

La possibilité de se rassembler dans des lieux formels importe pour l'ensemble des personnes interrogées. Ces espaces leur permettent d'exprimer leur dissension et de proposer des alternatives quant aux conditions de travail ou à la manière dont les services sont organisés. Alors que les sphères décisionnelles supérieures ne leur sont que peu accessibles, ces instances favorisaient une emprise supplémentaire sur l'établissement dans lequel ils et elles étaient impliqués. La suppression de ces espaces décisionnels affecte directement les ouvertures accessibles aux personnes en soins infirmiers et en travail social.

4.4 Bon gestionnaire

Dans la foulée des efforts de centralisation, plusieurs paliers de gestion ont été supprimés après la réforme de 2015. L'objectif de cette mesure était d'alléger les structures complexes de cette institution et de faciliter les processus décisionnels qui y ont cours (Benoit, 2015). C'est en ce sens, par exemple, que les agences régionales de santé et de services sociaux évoquées précédemment ont éliminé 1 300 postes de cadres en santé et services sociaux (Naisby, 2016). Cette diminution de personnel a pour effet de condenser les tâches entre un nombre plus restreint de cadres, ce qui, selon les personnes interrogées, a eu pour effet d'éloigner les gestionnaires de leur rôle d'accompagnement. Ce faisant, ceux-ci « deviennent alors des gestionnaires de processus plutôt que des ressources d'encadrement et de soutien à leurs équipiers [...] » (Larivière, 2018, 42). Si la simplification des étapes décisionnelles et des paliers de gestion n'est pas nécessairement mauvaise dans la réorganisation d'une institution, la manière et le rythme avec lequel celle-ci a été effectuée

a eu des impacts négatifs sur la pratique des professionnel·les. En fait, l'implantation de ces changements a généralement été mal maîtrisée par les gestionnaires et les employé·es (Larivière 2018).

Cette réforme a également eu pour effet de retirer des milieux de pratique (donc des lieux où se font le travail social et les soins infirmiers) les personnes décrites comme de « bons gestionnaires ». Face aux nouvelles exigences en matière de reddition de comptes et à une plus grande charge de travail, de nombreux cadres ont pris une retraite anticipée ou ont démissionné (APER, 2020). Au-delà du style de gestion des individus, les nouvelles tâches et exigences des cadres modifient leur manière d'accompagner et d'évaluer leurs employé·es puisque ceux-ci cherchent à arrimer leur style de gestion aux logiques d'évaluation quantitative qui sont mises de l'avant. Le rôle des cadres importe par ailleurs dans la mesure où, au-delà des réglementations qui organisent le travail, ils bénéficient d'une certaine marge de manœuvre à l'échelle locale pour ce qui est de la manière de remplir les objectifs (Stake-Doucet, 2021a). En modifiant le rôle des gestionnaires et en augmentant leur charge de travail, cette marge de manœuvre est parfois diminuée, ne laissant que les éléments moins propices à l'accommodement des besoins immédiats des professionnel·les. Ces nouveaux impératifs influencent dès lors les techniques de gestion et ont un effet direct sur la manière dont se déploient les contraintes organisationnelles à l'endroit des employé.es. À cause de leur rôle dans l'organisation, les gestionnaires deviennent les agents d'une mise en forme des principes néolibéraux qui guident la logique organisationnelle déployée dans la plus récente réforme. Si la réforme se réalise au niveau national, elle a tout de même un impact sur la manière dont se déploient les opportunités d'être entendu au sein de son établissement.

Les professionnel·les rencontré·es identifient ainsi les gestionnaires qui sont peu à l'écoute comme des personnes plus « carriéristes » ou « en accord avec les mauvaises techniques de gestion ». Ce profil semble plus fréquemment rencontré depuis 2015. Les personnes interrogées expliquent cette impression par un moins grand support de la part des gestionnaires. Il s'agit selon eux et elles de gestionnaire remettant peu en question les directives reçues et défendant moins les intérêts de leurs employé·es. Ces gestionnaires sont donc perçus comme étant moins accessibles et moins ouverts à la réalité du terrain. À ce titre, l'impression que les cadres sont « déconnectés du terrain » revient dans 16 entretiens individuels réalisés auprès de personnes en soins infirmiers et en travail social. Il s'agit également d'une observation faite par les intervenant·es de la protection de la jeunesse

interrogé·es dans le cadre de l'étude d'Isabelle le Pain et collègues (2021, 156). D'autres recherches réalisées depuis l'entrée en vigueur de la loi 10 soulignent également l'effritement du lien entre cadres et intervenant·es à la suite des multiples réformes dans les établissements concernés (Boucher et al., 2018; Grenier et al., 2016; le Pain et al, 2021).

Finalement, certaines techniques de gestion, qui ont des effets négatifs sur le bien-être au travail et la santé mentale, semblent être plus fréquemment utilisées depuis 2015. La nouvelle gestion publique a en effet pour caractéristique d'intégrer à son mode de gestion différentes techniques de contrôle dont le but est de favoriser l'atteinte, voire le dépassement, des objectifs fixés pour l'équipe de travail. Ces techniques de gestion prennent ensuite différentes formes selon la culture organisationnelle et le style de gestion des cadres en place. C'est ce que la section 4.7 de ce chapitre développe en approfondissant précisément les techniques de gestion qui réifient un caractère genré de la profession ou de l'employé·e. Le changement de structure lié aux réformes conditionne donc les techniques de gestion utilisées et devient un facteur supplémentaire qui détermine les opportunités politiques disponibles et la manière d'appréhender l'action politique.

4.5 Vignette sur les effets du contexte de réforme sur la mobilisation

En partant d'extraits d'entretiens, cette section détaille de quelles manières les personnes interrogées font l'expérience des changements organisationnels. Les extraits ont été sélectionnés pour leur capacité à refléter de manière éloquente des perceptions et des propos qui reviennent à plusieurs reprises dans les entretiens de groupe. L'objectif de cette section est donc de saisir comment les contraintes structurelles sont comprises par les professionnel·les et intégrées à leur appréhension de l'action politique.

Le premier extrait présenté provient d'un suivi individuel effectué auprès d'une travailleuse sociale. Jacinthe a six années d'expérience. Ayant toujours travaillé dans le même établissement de proximité, elle partage son analyse des effets de la réforme sur son sentiment d'avoir un quelconque effet sur son milieu de travail. Il s'agit d'ailleurs d'un sujet abordé dans le cadre d'autres recherches (Larivière, 2018; le Pain et al., 2021). Le sentiment d'appartenance est ainsi affecté par les changements décrits précédemment. La réforme élargit la structure dans laquelle évoluent les équipes, fragmentant par le fait même les services et déplaçant des programmes, des

équipes et du personnel. Ce faisant, le réseau professionnel - au cœur de l'implication politique – est soit amputé, soit déplacé ou même à refaire. Dans son intervention, Jacinthe reprend la même réflexion. Elle ajoute cependant qu'il existe aussi un facteur de protection : l'équipe.

Jacinthe : Je réalise que cette réforme-là a attaqué le sentiment d'appartenance qui est pourtant très ancré dans la bâtisse dans laquelle je travaille. Si je travaille dans ce CLSC-là, j'ai mon équipe, j'ai les autres collègues avec qui dîner, il y a une vie d'unité. Je réalise qu'en fusionnant et en nous changeant d'équipe, ça touche à l'attachement et au sentiment d'appartenance. J'ai l'impression que les gestionnaires n'en tiennent pas compte, ils ne pensent pas que ça fait partie de l'équation d'être bien au travail. Ça tue un peu la mobilisation parce que c'est sûr que si ça fait dix ans que je travaille dans le même CLSC puis que je connais les gens, on est capable de s'organiser certaines mobilisations. Mais si je me fais parachuter d'un espace à l'autre, rien de ça n'est possible. (Suivi individuel en travail social, groupe 4)

Dans son intervention, Jacinthe souligne l'importance de la continuité et de la cohérence de l'équipe pour assurer de bonnes conditions de travail, mais également pour aborder les enjeux qui pourraient y nuire. En termes de structure des opportunités spécifiques, le contexte organisationnel variable et le manque de stabilité nuisent à l'ouverture pour traiter des enjeux vécus sur le milieu de travail. De même, l'importance du réseau social est significative en ce que les changements dus à la réforme nuisent à la cohésion entre collègues et à la prise collective de moyens pour s'organiser. Selon Jacinthe, l'équipe protège contre les souffrances au travail. Changer cette organisation sans prendre en compte son écosystème, c'est supprimer le filet de sécurité contre l'épuisement et le désengagement.

La manière dont la loi 10 affecte la cohésion des équipes de travail varie selon la profession. En soins infirmiers, le manque de cohésion et de sentiment d'appartenance est principalement lié au manque accru de stabilité dans l'équipe de travail. Les démissions plus fréquentes et l'augmentation du recours aux agences privées, dont le personnel varie, créent une instabilité supplémentaire dans l'équipe de travail, ce qui s'ajoute à la difficulté de maintenir la vie d'unité

qu'évoque Jacinthe. En travail social, l'instabilité de l'équipe depuis l'entrée de vigueur de la loi 10 s'explique par le déplacement d'équipes complètes de travail vers d'autres établissements. Plusieurs équipes sont également reconfigurées ou dissoutes. Ainsi, en travail social, au-delà de la stabilité de l'équipe de travail, il est question de la possibilité même de continuer à avoir une équipe à laquelle se référer. Cette variation dans la manière dont la reconfiguration des services est déployée explique que les enjeux de sentiment d'appartenance et de soutien de la part de l'équipe de travail aient été plus fréquemment soulevés en travail social qu'en soins infirmiers. En termes d'opportunités politiques, le manque de sentiment d'appartenance et l'instabilité de l'équipe nuisent à la capacité d'agir par rapport à des situations qui posent problème. Quand on y ajoute la diminution du nombre d'espaces décisionnels auxquels les professionnel·les ont accès et qu'on considère ce que la charge de travail fait à la possibilité de se rassembler, on constate que la mobilisation est plus difficile à initier ou à maintenir. Ainsi, la réforme de 2015 accentue les difficultés à se regrouper et à agir à titre de professionnel·le pour améliorer le lieu de travail et les services offerts.

L'encadré qui suit présente deux extraits d'entrevues réalisés auprès d'une travailleuse sociale et d'une infirmière. Ayant toutes deux plus de vingt ans d'expérience dans leurs domaines, elles ont vécu plusieurs réformes et portent un regard d'ensemble sur les impacts de multiples changements organisationnels à l'échelle de leur établissement respectif. En partant de leur expérience personnelle, elles reviennent sur les effets quotidiens de la centralisation des programmes et de la standardisation des pratiques.

Extrait, soins infirmiers

Paula : Quand je suis arrivée ici, chaque CLSC avait ses équipes de soins à domicile, avait sa façon de fonctionner et ses lieux physiques. Les espaces de travail ne sont pas pareils d'un CLSC à l'autre; les locaux ne sont pas pareils, ni la salle de pause ni la façon de préparer le matériel à apporter chez les clients. Fait que chacun avait trouvé son fonctionnement. Quand ils ont essayé d'uniformiser, on a eu des incohérences incroyables, même quant à la gestion des petits sacs de matériel pour amener. Même si on disait que ça fonctionne moins bien, on nous l'imposait. Ça prenait deux fois plus

de temps, il y avait des oublis et souvent c'était mal fait. Quand j'ai participé au comité LEAN de mon établissement, on a abordé tous ces aspects, mais ce n'était pour rien puisque ça n'a pas été retenu. Plus c'est gros moins ça marche, moins il y a de possibilités d'organiser localement. (Entretien de groupe 1, soins infirmiers)

Extrait, travail social

Mélanie : À l'époque où j'ai commencé à travailler au CLSC, on était vraiment des petits groupes et les gens étaient très revendicateurs. Je trouvais ça vraiment trippant, c'était l'époque de l'esprit d'équipe et de la cohésion. Quand on s'est fusionné, on est devenu énorme, une grosse machine. Beaucoup d'intervenants sociaux se sont opposés et ont dénoncé le chamboulement des équipes et des services. Les usagers devaient parcourir 30 kilomètres pour aller voir un intervenant, alors qu'avant les gens pouvaient y aller à pied, c'était accessible. On a été peu écouté, évidemment. Maintenant on a tous les CHSLD, l'hôpital, les centres de réadaptation et les centres jeunesse. Je pense qu'il y a 15 couches dans l'organigramme. Je sais qui est mon supérieur immédiat, mais les autres je ne peux pas les nommer. Quand on veut parler d'un problème, on ne sait plus où aller.

Au fil des ans, j'ai pu constater un effritement au niveau de la cohésion des professionnels, les gens ne se mobilisent plus. Avant on avait quand même encore des rencontres psychosociales en équipe, là je ne sais pas si c'est fait exprès, mais on en a de moins en moins, alors que c'était un lieu où on dénonçait des situations qui avaient aucun bon sens. C'est une grande perte pour la mobilisation, j'ai l'impression que maintenant on est tous en mode survie, c'est carrément ça.

(Entretien de groupe 1, travail social)

Durant l'entretien de groupe et le suivi individuel, Mélanie lie le sens du travail social à celui de la défense de droits et à la solidarité entre collègues à l'égard de leurs conditions de travail. Pour elle, la réforme affecte le quotidien dans la mesure où il y a maintenant moins de rencontres d'équipe au cours desquelles exprimer leur vision du travail, leurs limites, leur militance, mais également leur pouvoir d'agir. C'est une position qui rejoint l'importance qu'accorde Paula à l'intégration du jugement professionnel et de l'expertise de terrain aux espaces décisionnels.

Paula et Mélanie reviennent en l'espace de quelques phrases sur les effets de plusieurs années de changements organisationnels dans un milieu de travail. Les fusions d'établissements forcent à changer l'échelle dans laquelle se projettent les travailleuses, qui devient ainsi plus grande, mais aussi plus floue. Le partage de l'espace physique semble ici être un élément clé pour ressentir une maîtrise de son environnement. L'échelle organisationnelle locale et décentralisée dont parlent ces travailleuses renvoie à un milieu dans lequel les gens d'une même équipe se croisent, ont un accès direct aux gestionnaires qui encadrent leur pratique et peuvent échanger avec d'autres professions. Ce partage du quotidien modèle l'expérience d'une manière plus uniforme. Dans ce quotidien partagé, identifier ce qui fait problème, développer un argumentaire et l'adresser à la personne en situation de pouvoir semble plus accessible. A contrario, les contraintes structurelles à l'action politique (centralisation, taille de la structure, diminution des espaces décisionnels accessibles) ferment certaines fenêtres d'opportunités sur le plan politique et nuisent à la perception de pouvoir agir. La capacité à nommer ses insatisfactions, ses demandes ou encore ses idées à une personne que l'on connaît et que l'on peut physiquement rencontrer fait contraste à l'alternative, au sein de laquelle les paliers de l'organigramme sont difficiles à saisir. On touche ici au sentiment d'emprise sur le milieu, qui devient un facteur déterminant dans l'ouverture à laquelle ont accès les professionnel·les pour revendiquer des changements quant à leurs conditions de travail et la qualité des soins.

La comparaison entre le travail social et les soins infirmiers révèle des limites importantes à la possibilité d'agir sur le plan politique au sein de ces deux professions. Le manque d'emprise sur la situation et l'impression d'impuissance reviennent dans l'ensemble des entretiens de groupe. Les membres des deux professions ont moins d'opportunités à saisir à l'échelle locale, en raison des changements organisationnels, et peinent à percevoir celles-ci lorsqu'elles se présentent à eux et elles. En travail social, ce manque d'emprise sur la situation ressort de manière importante en ce

qui a trait à l'incompréhension de l'organigramme. Les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales peinent à situer leur place dans la structure et ont de la difficulté à savoir à qui adresser des revendications ou des demandes. Bien que les personnes en travail social aient accès aux rencontres interdisciplinaires durant lesquelles certaines décisions de traitement sont prises, la capacité à utiliser cet espace pour faire valoir leur jugement professionnel ou des enjeux liés à leur pratique est faible. Alors que la difficulté à se situer dans le nouvel organigramme est également présente en soins infirmiers, il semble toutefois que d'autres contraintes structurelles nuisent davantage aux travailleur·euses de ce secteur. Leur autonomie professionnelle semble davantage affectée par la plus grande quantité de supérieur·es dont ils et elles dépendent. On peut par exemple retrouver dans les paliers directement au-dessus de soi l'infirmière-chef, le médecin et un membre de l'équipe de gestion. En ce sens, la place dans la hiérarchie des professions pèse davantage sur le pouvoir décisionnel et les opportunités d'agir en soins infirmiers, même si elle limite significativement la possibilité d'agir en travail social.

Chacune à leur façon, les professions finissent par intégrer les catégories de l'institution et y être coincées, en ce que ces catégories ne sont pas faites pour mettre de l'avant l'agentivité des professionnel·les. Il s'agit d'une forme de socialisation professionnelle qui structure la manière de se positionner dans l'institution et dont il est difficile de se dissocier afin, par exemple, de reprendre un plus grand pouvoir sur ses tâches. À long terme, la socialisation professionnelle finit par réduire la perception de la capacité d'agir.

Standardisation des pratiques

La standardisation des pratiques est une visée commune de la néolibéralisation des services publics et des modèles comme celui de la nouvelle gestion publique. Elle est essentielle afin d'assurer une qualité de services équivalente d'un milieu à l'autre, ce indépendamment des ressources socio-économiques des territoires. Elle assure également la protection des patient·es peu importe les professionnel·les rencontrés et établit des conditions de travail sécuritaires et uniformes. Sans aller à l'encontre de ces objectifs, les personnes rencontrées soulignent que la force qu'elles voyaient dans leur travail et leur arrimage aux besoins des populations desservies s'est diluée au travers de décisions administratives, étalées sur plusieurs années. En devant s'ajuster à plusieurs stratégies successives d'implantation de pratiques qui ne tenaient pas suffisamment compte de leur

savoir expérientiel, les professionnel·les sentent moins de cohérence entre leur pratique et les injonctions du milieu. Cette distanciation croissante entre les pratiques locales et les injonctions administratives a pour effet de miner l'impression d'accessibilité et d'ouverture que ressentent les professionnel·les.

Cette accessibilité est évoquée lorsque Mélanie et Paula parlent de l'accès aux services pour la population. La possibilité de se présenter dans un établissement de proximité adapté aux réalités locales semble au cœur des besoins que les deux professionnelles identifient pour effectuer un travail de qualité. Pour autant, la taille des établissements ainsi que la standardisation des programmes et des pratiques nuisent au contrôle relatif sur les services que pouvaient antérieurement avoir les usager·ères et les professionnel·les. C'est également ce que constatent d'autres études sur la détresse émotionnelle des intervenantes en protection de la jeunesse. Selon l'étude de le Pain et al. (2021), la taille de l'organisation à la suite des multiples fusions et changements dans les équipes de travail a pour effet de nuire au sentiment d'appartenance des équipes et à leur aisance au travail.

La standardisation de pratiques en santé et services sociaux s'inscrit donc dans une logique plus large de néolibéralisation des services publics. Dans son étude des effets du capitalisme sur le système de santé du Québec, Anne Plourde (2021) souligne que les référentiels de type providentialiste qui mettent au cœur de l'institution de la santé un système public offrent un sentiment de sécurité à la population, grâce à plusieurs programmes et services accessibles (par exemple, en cas de blessure ou de perte d'emploi). Cette sécurité sociale, qui ne repose pas que sur le salariat, se traduit selon Plourde par une moins grande dépendance des employé·es vis-à-vis de leur employeur et, donc, par une plus grande marge de manœuvre pour contester et politiser les conditions de travail. Cette logique fait directement écho à la fermeture relative de la structure des opportunités spécifiques, dans laquelle la plus grande dépendance à une seule ressource (le salaire) augmente la difficulté de passage à l'action. En réduisant le filet social, on réduit par le fait même la possibilité de passage à l'action pour les employé·es. Lorsque le bien-être ne dépend pas que du salaire, toutes les conditions de travail n'ont pas à être acceptées. Ainsi, la sortie progressive du modèle providentialiste mine la possibilité de passage à l'action dans le cadre du travail.

Pris ensemble, ces changements d'échelle, d'accessibilité et de stabilité viennent fermer davantage les opportunités politiques des travailleurs et travailleuses à l'échelle de l'institution de la santé et des services sociaux, mais également à l'échelle locale de l'établissement auquel ils et elles sont rattaché·es. Dans le second extrait, Mélanie se souvient d'une époque où son équipe de travail avait beaucoup de facilité à se mobiliser. Bien que son équipe pouvait parfois être jugée comme chialeuse, elle en retirait somme toute des gains collectifs. Dans un contexte de plus grande ouverture, la mobilisation n'est pas nécessaire parce que d'autres options moins compromettantes sont à la disposition des travailleurs et travailleuses. Mélanie fait référence ici à un contexte caractérisé par une certaine fermeture, puisque tous les espaces décisionnels ne sont pas accessibles, mais au sein duquel les professionnel·les peuvent faire valoir leur position sans trop de conséquences négatives. Dans un contexte plus fermé et inaccessible, le passage à l'action est plus difficile. C'est le cas avec les changements organisationnels successifs qui ont finalement pour effet de précariser la position des employé·es au sein des milieux institutionnels. Tous ces changements organisationnels font en sorte que peu de professionnel·les considèrent qu'il est envisageable d'agir. À l'inverse, leur perception des conséquences potentielles (jugement de la part des autres, menace, note au dossier, suspension ou renvoi) est aiguë. Le portrait dressé à la suite de la dernière réforme de la santé et des services sociaux témoigne d'une réduction des possibilités d'exercer son jugement professionnel et d'agir en sachant à qui adresser la plainte, la demande ou la revendication.

4.6 L'opportunité d'agir des métiers relationnels au prisme de la division sexuelle du travail

L'analyse du processus de mobilisation des métiers relationnels dans un contexte de changement organisationnel a mis en valeur l'influence de plusieurs éléments. Alors que les sections précédentes du chapitre abordent les changements structuraux qui affectent les conditions de travail et la possibilité de les améliorer, cette section se consacre pour sa part à la manière dont les rapports sociaux de sexe traversent ces changements structuraux, de sorte à créer des contextes particuliers pour les personnes contraintes par les effets des rapports sociaux de sexe. Dans le but d'explorer la validité des hypothèses présentées au début de cette thèse, la section analyse les manières dont les rapports sociaux de sexe traversent le fonctionnement de l'institution de la santé et des services

sociaux ainsi que leur impact sur la pratique des métiers relationnels et sur les mobilisations qui y ont cours.

Pour ce faire, la section débute par un rappel des concepts de rapports sociaux de sexe et de division sexuelle du travail, pour ensuite analyser la manière dont ceux-ci s'intègrent à l'organisation des professions en santé et services sociaux. La section suivante est consacrée à l'analyse des mécanismes de contrôle organisationnel qui font usage de composantes liées aux rapports sociaux de sexe afin de structurer l'activité des professionnel·les. La pertinence scientifique de ma contribution découle de l'utilisation du concept de rapports sociaux de sexe pour analyser les techniques de gestion des institutions néolibéralisées. Ce faisant, les terrains du travail social et des soins infirmiers remettent en question la manière dont le travail salarié maintient et reproduit des rapports de domination, notamment en institutionnalisant des pratiques et des représentations relevant des rapports sociaux de sexe. Ces inégalités systémiques affectent les ouvertures permettant d'adopter un rôle politique dans le cadre de son travail et diminuent la perception de la possibilité d'agir des professionnel·les du *care* sur leur milieu de travail.

4.6.1 La division sexuelle du travail en santé et services sociaux

Comme détaillé dans la section sur l'historique des professions (voir le premier chapitre), les congrégations de femmes religieuses du XIX^e siècle sont les premières à développer les soins infirmiers et des pratiques de charité précurseurs du travail social au Québec. En soins infirmiers, les femmes y sont ensuite admises le temps de leur célibat. Les femmes généralement nanties souhaitant s'impliquer auprès d'une œuvre de charité le font dans le cadre des programmes qui précèdent le développement du travail social. Cette non-mixité était alors justifiée par les qualités jugées nécessaires aux soins et naturalisée aux femmes : obéissance, charité, bonté, sensibilité, discrétion et loyauté (Cohen, 2000). Dans la mesure où ils participent de la tendance à laisser les femmes occuper des emplois dont les tâches sont les plus similaires au travail reproductif, les emplois comme le travail social et les soins infirmiers reproduisent dès leur création dans la sphère salariée la logique de la division sexuelle du travail. Le travail laissé aux femmes reprend en ce sens la même naturalisation de qualités, et non d'aptitudes ou de qualifications, que ce qui leur est attribué dans la sphère domestique et familiale (Kergoat, 2010). Les conditions de travail en sont

de ce fait marquées. Encore aujourd'hui, les femmes occupent 80 % du secteur de la santé du Québec, leur principal domaine d'emploi (Cloutier-Villeneuve et Rabemananjara, 2016).

Actualisation de la domination du curatif sur le *care*

L'analyse du contexte institutionnel actuel démontre que les rapports sociaux de sexe sont aux fondements des inégalités constatées dans la logique opérationnelle de la santé et des services sociaux. Sans ce que cela ne soit formellement planifié, ce rapport de domination est reproduit par différents mécanismes dont 1) le mode d'évaluation de l'efficacité qui décide ensuite du financement des programmes, 2) la hiérarchisation des tâches effectuées par les employé·es, 3) l'asymétrie à ce qui a trait à l'accès aux sphères décisionnelles et 4) les enjeux de reconnaissance. Il s'agit d'éléments structurants qui sont à la fois teintés par les rapports sociaux de sexe traversant l'ensemble de l'institution et influencés par la nouvelle gestion publique (NGP) comme mode d'organisation des services publics.

L'effet des rapports sociaux de sexe sur l'institution de la santé se constate d'ailleurs préalablement à la réforme de la loi 10. La réforme de 2003 a par exemple donné de l'ampleur à la NGP et a remanié l'organisation des établissements et des budgets. On y voit l'effet de la mise en compétition, en ce que les lieux du travail associé au travail reproductif sont désavantagés. Ce qui est valorisé se rapporte au volet curatif et quantitativement mesurable de la santé. En passant d'établissements indépendants à des CSSS, les budgets des CLSC et des CHSLD se sont vus diminués à cause des besoins en milieux hospitaliers. L'ampleur des besoins des hôpitaux, en plus de leur représentation plus prestigieuse si on les compare à d'autres établissements comme les CHSLD, a fait en sorte que les ressources financières et le pouvoir décisionnel y sont plus concentrés depuis 2003 (Bolduc 2013; Bourque et Quesnel-Vallée, 2014). À l'époque, les CLSC et leurs employé·es craignaient déjà une asymétrie de pouvoir accrue en leur défaveur (Bourque et Quesnel-Vallée, 2014). La fin de l'autonomie des CLSC a été en ce sens qualifiée de consécration de « la domination du champ social par celui de la santé en créant les centres de santé et de services sociaux (CSSS) » (Larivière, 2018, 36).

La loi 10 poursuit cet élan en fusionnant les budgets psychosociaux et les budgets de santé en un seul portefeuille, sans répartition préalablement fixée. Dans un contexte de fusion d'établissements

comprenant des super-hôpitaux pour lesquels les coûts du matériel, des technologies et des soins physiques sont constamment en hausse, le financement du secteur psychosocial s'est vu encore plus réduit (Bolduc 2013; Grenier et al., 2016; le Pain et al., 2021). Ce faisant, les établissements dans lesquels se retrouve la majorité des emplois liés au volet psychosocial et aux soins infirmiers non spécialisés se trouvent moins financés, éloignés des sphères décisionnelles et moins valorisés. La loi 10 ne crée donc pas les inégalités liées aux rapports sociaux de sexe en santé et services sociaux, mais vient plutôt les exacerber. L'intensité avec laquelle les établissements ont été fusionnés et les pratiques changées en faveur du paradigme biomédical et de la NGP a eu pour effet de mettre en exergue ce que la reproduction de la division sexuelle du travail fait aux métiers relationnels et à l'action politique.

L'extrait qui suit provient d'un entretien de groupe en ligne réalisé auprès de professionnel·les du travail social. Les participant·es y analysent la manière dont l'historique de la profession et des réformes affecte la place des métiers relationnels dans la santé et les services sociaux. Les personnes interrogées sont toutes deux en fin de carrière, ce qui signifie qu'elles ont assisté à la création des CLSC et à toutes les réformes qui ont suivi. Elles ont fait leur carrière à l'extérieur de Montréal et ont toujours été impliquées dans différentes instances syndicales, institutionnelles et associatives pour la valorisation du travail social.

Jacques : Tout ça, selon moi, ça date d'avant la réforme Barrette, au début de l'organisation avec les CLSC, les centres locaux des services communautaires. Ils sont uniques au monde et ils ont été mis en place suite à la réforme Castonguay-Nepveu et suite au premier article de la loi de la Santé et des Services sociaux, qui est de soutenir les personnes dans la prise en charge de leur santé. On unifiait le social et la santé pour que l'accent soit mis sur la prévention et sur les conditions sociales qui amènent la détérioration de la santé. Les médecins ont toujours été contre ça, les médecins spécialistes ont même fait la grève à la création des CLSC parce qu'il y a une incompatibilité entre une organisation de service médical à l'acte puis un travail axé sur le social.

Avec Couillard et Barrette, ça a juste pris une vitesse plus importante. En mettant à la tête du ministère des médecins spécialistes, ils ont terminé le ménage. Je suis à peu près sûr que Barrette ne savait même pas ce que ça voulait dire organisateur communautaire, je suis sûr qu'il ne savait même pas qu'on avait ça dans les hôpitaux. Donc c'est certain que quand il faut faire des coupures de budget et de services, ça va dans ce qu'ils considèrent comme moins important ou sans rapport avec les intérêts des services médicaux. Après 30 ans de résistance, on est parti d'un ministère de la Santé et des Services sociaux pour devenir un ministère des affaires médicales. Ce n'est pas qu'ils sont malhonnêtes, c'est qu'ils défendent leur intérêt corporatif.

Denise : C'est une analyse que je partage totalement. Quand j'ai commencé au CLSC, on était vraiment juste dans des parties rurales. Les rares médecins qui veulent venir dans notre petit CLSC de campagne se sont toujours objectés aux pratiques locales et préventives, dans le but que ça ressemble plus à un hôpital. On a toujours résisté, mais le transfert de ressources psychosociales et des travailleurs sociaux en GMF [en 2015] a été trop gros. À l'époque, les médecins contestaient entre autres parce qu'ils ne voulaient pas faire partie d'une équipe où toutes les opinions professionnelles se valent. Avec les GMF, c'est eux qui gèrent. Ce n'est pas du mauvais monde, mais ils ont un angle d'approche complètement différent de celui du travail social, de sorte que les services sociaux ne sont pas à la hauteur de ce que ça aurait dû être.

Mon supérieur disait toujours : le boute qui saigne a bien plus d'écoute que le boute qui pleure. Au fond, le médical a toujours eu plus de place. À la création des CSSS, les CLSC se sont objectés, de peur de perdre leur financement. Même s'ils nous ont dit que ça n'arriverait pas, avec le temps, les budgets ont glissé vers les services médicaux. Depuis 2015, il n'y a plus rien qui se fait de façon élective. Il n'y a plus de place ni pour la parole citoyenne ni pour la parole des cliniciens. Ce qui fait que nos services psychosociaux, notre pouvoir, notre prise de parole s'effritent depuis longtemps.

Après on se questionne sur la perte d'intérêt pour la mobilisation. Les gens disent qu'ils sont épuisés et c'est correct, ça a toujours été une job fatigante. Je pense que la différence depuis 2015 c'est la façon dont les services sont organisés. On est de plus en plus isolés, il n'y a plus de lieux communs. On se voit une fois par mois en réunion où on ne peut rien dire et où on nous tient à la gorge avec la charge de travail. Où veux-tu que la mobilisation se crée quand plus personne ne se parle? (Entretien de groupe 1, travail social)

Dans cet extrait, les deux participant·es en travail social reviennent sur plusieurs éléments jusqu'ici énoncés pour expliquer la place du volet psychosocial dans leur institution et la possibilité d'y agir politiquement. Le poids des rapports sociaux de sexe se fait sentir par l'omniprésence de distinctions selon la profession, l'établissement d'accueil et le budget alloué. D'une part, on retrouve principalement le psychosocial et les soins non spécialisés dans des établissements de proximité ayant des programmes adaptés aux populations locales. D'autre part, les soins physiques et les outils biomédicaux sont en développement constant dans des secteurs spécialisés qui nécessitent des budgets substantiels. Lorsque Jacques et Denise parlent des tensions entre médecins et professionnel·les psychosociaux, ils et elles se réfèrent à la confrontation propre aux rapports sociaux. Jacques et Denise expérimentent ce que la domination fait à long terme entre des professions et des qualifications qui ont été hiérarchisées en se basant sur une division sexuelle du travail. Cette hiérarchisation est maintenant enchâssée dans une institution qui évolue vers une valorisation de la technocratisation et de la biomédicalisation des soins, ce à quoi s'arrime plus facilement l'acte médical que celui du soin relationnel. L'analogie dont se rappelle Denise, « le bote qui saigne a bien plus d'écoute que le bote qui pleure », fait directement référence à la hiérarchisation entre le travail productif et reproductif dans lequel se trouve le soin psychosocial. Elle fait également référence à l'asymétrie des reconnaissances sociale, politique et économique, qui favorise les professions curatives et spécialisées, historiquement inaccessibles aux femmes.

En reprenant ce que les rapports sociaux de sexe font à la perception de soi pour les personnes subalternes, on se dote d'une clé de compréhension du lien que Denise établit entre la démobilisation des travailleurs·euses sociales et l'organisation du travail. Lorsqu'elle parle de l'effritement du pouvoir et de la prise de parole des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales

depuis l'accentuation de la biomédicalisation du système de santé, elle fait référence à la difficulté de se sentir légitime comme personne qui exerce un métier qui se rapporte aux aptitudes moins valorisées de la sphère domestique. La perception de soi est affectée par les rapports sociaux de sexe qui cantonnent à une position subordonnée (Dejours, 1988; Kergoat, 2010). Il y a donc plus d'obstacles pour les professionnel·les du *care* à se sentir légitime à s'exprimer dans l'espace public. Il s'agit d'un bon exemple de la manière dont la structure des opportunités spécifiques s'avère moins favorable à l'égard de domaines dont le jugement professionnel et l'expertise sont moins reconnus et pris en compte.

Les rapports sociaux de sexe structurent ainsi le champ de la santé et des services sociaux en influençant le financement octroyé aux établissements et aux programmes, en y facilitant une domination du curatif sur le soin et l'accompagnement, et en affectant la reconnaissance des professions et des tâches relatives au *care*. Sans créer des inégalités supplémentaires, les réformes les plus récentes poursuivent et accentuent des asymétries institutionnalisées entre des domaines traversés par les rapports sociaux de sexe, limitant l'horizon politique de professions comme les soins infirmiers ou le travail social.

4.7 Stratégies de contrôle par le genre, l'exemple de la double contrainte

Après avoir discuté des effets généraux de la réforme selon les travailleur·euses et y avoir intégré une analyse de rapports sociaux de sexe, cette section se concentre particulièrement sur les stratégies de contrôle exercées sur les personnes en travail social et en soins infirmiers. L'institutionnalisation d'éléments relevant des rapports sociaux de sexe peut être illustrée de plusieurs manières. À cause de l'importance de ce phénomène chez les personnes interrogées, cette section s'attarde à la manière dont les techniques de gestion peuvent utiliser des éléments genrés afin d'atteindre leurs objectifs.

Les entretiens effectués révèlent ainsi la présence de mécanismes de contrôle genrés dans l'ensemble des établissements de santé et services sociaux du Québec dont font partie les 40 personnes interrogées. Il s'agit de l'un des points communs entre les professions étudiées : toutes les personnes rencontrées ont en effet vécu ou remarqué des stratégies qui utilisent le caractère sexué de la profession ou de la personne afin de contrôler l'activité professionnelle. Bien

que les techniques de gestion reproduisant des éléments genrés ne soient pas nouvelles, plusieurs remarquent que l'implantation accélérée de modes de gestion empruntant à la nouvelle gestion publique, à la néolibéralisation et à la biomédicalisation des soins accentue l'usage de ces techniques de contrôle.

Le contrôle par le genre fait partie intégrante des mécanismes identifiés par Danièle Kergoat (2010) pour expliquer les difficultés de se mobiliser dans le cadre d'un travail traditionnellement féminisé. C'est tout particulièrement le cas pour les personnes ayant été socialisées selon une conception traditionnellement féminine. Ici, la difficulté est double. Une partie de cette difficulté réside dans la prise de conscience des effets de sa propre socialisation sur sa manière d'appréhender le travail et l'action politique. Une seconde partie provient de la force qu'exercent les rapports sociaux de sexe sur le milieu de travail. Les enjeux structurels et les perceptions s'entremêlent donc, à certains égards, pour donner lieu à la situation que décrivent les personnes interrogées. La division sexuelle du travail comprise dans les rapports sociaux de sexe a pour effet de naturaliser plusieurs compétences requises pour les métiers de soins plutôt que d'y reconnaître des qualifications professionnelles. La déqualification qui en suit affecte la représentation des professions et des personnes qui en font partie, de sorte que leurs expertises et leurs revendications sont plus difficiles à faire reconnaître. Dans la section qui suit, j'illustre les effets des techniques de contrôle par le genre à partir du travail supplémentaire obligatoire (TSO) en soins infirmiers et de l'augmentation constante de la charge de travail en travail social.

Durant l'analyse des entretiens, il est apparu que la souffrance au travail dépend à plusieurs égards d'enjeux de gestion. Ces enjeux relèvent entre autres de la technique de la double contrainte, que Vincent de Gaulejac qualifie également de gestion paradoxante (2010). Il s'agit d'une des techniques utilisées par différents acteurs ayant un mandat de gestion, incluant, mais ne se limitant pas aux gestionnaires directs. Moins communément employée en soins infirmiers, la double contrainte est largement discutée en sociologie clinique. J'ai tout de même décidé d'analyser l'imposition du TSO en soins infirmiers et la charge de travail en travail social sous la loupe de la double contrainte. Alors que plusieurs recherches sur les effets du TSO en décrivent déjà le fonctionnement et les conséquences, il n'a jamais été analysé de la sorte. Il s'agit donc là d'une contribution de ma thèse à une meilleure compréhension de ce qui se joue dans l'imposition du TSO. L'analyse des effets des techniques de gestion se fera donc à partir du concept de double

contrainte et de ses effets sur les conditions de travail et sur la perception de la possibilité de passer à l'action par les professionnel·les. Il est par ailleurs à noter que les gestionnaires eux et elles-mêmes peuvent être encadré·es par leurs supérieur·es au moyen de cette même technique, de sorte que celle-ci contribue à organiser plusieurs paliers de travail d'une organisation.

La double contrainte (ou la gestion paradoxante) est un style ayant pris son essor dans le milieu privé. Il s'agit maintenant d'un mode de gestion largement répandu dans le secteur public, notamment en santé et services sociaux au Québec via la nouvelle gestion publique (NGP). La double contrainte se caractérise par un système de contrôle, de domination et de subordination (de Gaulejac, 2010) de la performance et de la reddition de comptes des employé·es via l'imposition de demandes contradictoires. Les attentes face à la complétion de plusieurs objectifs deviennent contradictoires en ce que l'achèvement de l'un implique de contrevenir aux principes de l'autre objectif. Ce système, qui peut par ailleurs se retrouver dans n'importe quel type d'organisation, demande que les acteur·trices soient émotionnellement engagé·es dans leur milieu, de sorte que la communication d'exigences incompatibles crée une soumission et non une contestation ou un désengagement (de Gaulejac, 2010).

Les directives, ou injonctions contradictoires, placent systématiquement les personnes visées dans une position d'échec devant l'irréductibilité des demandes à leur égard, mais également devant l'ampleur des tâches à accomplir. L'incompatibilité des directives imposées devient ainsi un outil de régulation des pratiques qui limite l'initiative des individus affectés. Cette situation d'échec, dans le cadre de la double contrainte, est individualisée à chaque employé·es, de sorte que ces derniers sont responsabilisés à l'égard de leur incapacité à remplir l'ensemble des demandes relevant pourtant d'une stratégie organisationnelle. L'impossibilité de remplir les demandes vise à augmenter constamment la productivité, puisque la tâche n'est jamais accomplie. Suivant la logique de cette technique de gestion, la productivité des employé·es devrait être augmentée, car ceux-ci tentent constamment de répondre aux exigences quantitatives du milieu.

Bien que l'importance des réponses individuelles et collectives ait été théorisée par Vincent de Gaulejac (2010; de Gaulejac et Hanique, 2015), peu d'études les documentent. Le terrain réalisé dans le cadre de ma thèse ajoute à la littérature existante des données sur le caractère genré de la double contrainte vécue par les métiers relationnels de services publics. Plus précisément, il

documente les effets de la double contrainte à la fois sur les conditions de travail et sur la manière de les politiser individuellement et collectivement en travail social et en soins infirmiers. À cet effet, cette section informe sur les manières dont le cadre institutionnel structure le travail et le militantisme. La section qui suit présente le TSO en soins infirmiers ainsi que deux exemples d'effets de la gestion paradoxante sur le travail social en milieu institutionnel.

4.7.1 Exemplification du contrôle des infirmier·ères par le TSO

Le travail supplémentaire n'est pas défini dans la convention collective nationale des infirmiers et infirmières ni dans les conventions collectives locales. Ces conventions comprennent plutôt une définition du temps supplémentaire à caractère volontaire, soit celui qui est offert par l'employeur et que le travailleur ou la travailleuse peut refuser. Le terme *offre* est ici important; il implique qu'il s'agit d'une proposition et non d'une injonction. Les conventions collectives comprennent également souvent des dispositifs pour attribuer de manière équitable le travail supplémentaire entre employé·es. Bien qu'il s'agisse du principal type de travail supplémentaire constaté dans les différents établissements, ces modalités ne s'appliquent pas au travail supplémentaire qui est imprévu (le TSO), c'est-à-dire celui proposé deux heures ou moins avant le début d'un quart de travail (Dontigny, 2021, 22-24). Pour le définir, il faut se référer au jugement du Tribunal administratif du travail, qui l'a défini comme suit, à la suite d'un grief :

Pour le Tribunal, est considéré comme temps supplémentaire obligatoire (TSO) :

1 - Toute période pendant laquelle une infirmière est forcée à exécuter une prestation de travail en dehors de son quart régulier de travail.

2 - L'acceptation in extremis d'une infirmière faisant le constat de la nécessité de se sacrifier pour éviter l'odieux d'une charge de travail supplémentaire sur les épaules des collègues déjà surchargés.

3 - Le fait d'entrer au travail plusieurs heures avant le début de son quart de travail dans l'espoir de ne pas se voir exiger de continuer à travailler en TSO après son quart de travail. (Dontigny, 2021, 25)

La distinction entre le temps supplémentaire tel que défini dans les conventions collectives et cette décision est donc l'aspect volontaire du travail effectué et la possibilité de refuser une offre sans

sanction. Selon les recherches effectuées, il n'existe pas de texte à valeur légale similaire sur les méthodes d'octroi, sur les sanctions possibles en cas de refus ou sur d'autres modalités.

Raison d'utilisation

Le temps supplémentaire est utilisé lorsque les gestionnaires et employeurs n'ont pas le budget ou les ressources humaines nécessaires pour combler les besoins du milieu de travail (Rossignol, 2017). En fin de compte, l'objectif de chaque établissement est d'avoir les ressources humaines et matérielles nécessaires pour accorder à chaque patient·es les soins et traitements nécessaires. Le travail supplémentaire est en ce sens utilisé lorsque des infirmier·ères sont absent·es, lorsqu'il y a une pénurie de main-d'œuvre ou lorsqu'une limite budgétaire a été atteinte (Rossignol, 2017). Par ailleurs, le recours au TSO est en usage croissant depuis plusieurs années. Outre le contexte organisationnel, l'étude réalisée par Claudia Rossignol montre que la composition des équipes de soins, le type de quart de travail (jour, soir, nuit), les horaires atypiques, imprévisibles et inflexibles, sont tous des éléments qui font augmenter l'usage du TSO (Rossignol, 2017).

Dans le cadre de situations d'urgence comme la pandémie de COVID-19, le recours au TSO augmente de manière significative pour toutes les professions, mais tout particulièrement pour les soins infirmiers. Au Canada, les seules provinces ayant augmenté le recours au TSO entre 2019 et 2020 sont le Québec et l'Ontario. De mai 2019 à mai 2020, le nombre d'heures supplémentaires obligatoires travaillées par professionnel·les en soins infirmiers est passé de 6,2 heures à 16,9 heures par semaine (Carrière et al., 2020). Si le contexte exceptionnel explique facilement cette variation, la comparaison avec d'autres professions comme la médecine ou la pharmacie démontre l'ampleur du phénomène pour les soins infirmiers. Durant la pandémie de COVID-19, les autres professions ont effectué une moyenne moins élevée de TSO, mais celle-ci se révèle plus stable d'une année à l'autre. En mai 2019, on comptait en moyenne 8,1 heures supplémentaires hebdomadaires pour ces autres professions, tandis qu'en mai 2020, la moyenne d'heures supplémentaires obligatoire est montée à 8,9 heures par semaine (Carrière et al., 2020). Plus largement, les études montrent que le personnel en soins infirmiers travaille approximativement un million d'heures supplémentaires par semaine au Canada, ce qui équivaut à 7 000 emplois à temps plein effectués en TSO (Shannon et French, 2005; Rossignol, 2017).

Les personnes interrogées en soins infirmiers soulignent que le TSO est devenu habituel dans leur milieu de travail et qu'elles en ont toutes fait fréquemment. Une certaine perception du fonctionnement de leurs milieux de travail revient à cet effet dans leur discours. Le besoin d'effectifs à combler est important pour assurer une qualité de soin aux patient·es ainsi que pour la qualité de travail des collègues. Ils et elles donnent ainsi plusieurs exemples de démarches volontaires pour soutenir leur équipe, notamment en choisissant de rester sur le milieu de travail. Ce qui pose problème, selon les personnes interrogées, c'est l'obligation fréquente de rester au travail, imposée à la dernière minute. Cette tendance révèle le fait que les professionnel·les ont peu de pouvoir sur leur horaire et sur l'organisation de leur travail. Ils et elles déplorent également à l'unanimité les techniques qui sont utilisées pour remplir les besoins en TSO. Au cours des entretiens, plusieurs font part d'expériences de menace de note au dossier en cas de refus, de manipulations impliquant la souffrance de l'équipe et des patient·es en cas de refus. De même, plusieurs se font responsabiliser et culpabiliser par l'affirmation que ces conditions font partie du travail qu'ils et elles ont choisi.

D'autres études soulignent l'usage systématique du TSO comme technique de gestion (Martin et al., 2018) et le recours à la menace ou à la contrainte pour forcer des personnes en soins infirmiers à l'accepter (Martin, 2015; Rossignol, 2017). Le refus du TSO est par ailleurs délicat. Puisque ce dernier doit être une mesure d'exception, un·e employé·e qui le refuse sans motif familial ou enjeu de sécurité démontré apparaît aux yeux de la loi comme étant en position d'insubordination et peut être sanctionné·e (Dontigny, 2021). L'usage normalisé du TSO est donc décrié par des groupes comme l'Association québécoise des infirmières et infirmiers (Fleury, 2021; Stake-Doucet, 2021b) et par les syndicats (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2021; Kabbaj, 2021). Il est au cœur des mentions d'insatisfaction de nombre de discussions répertoriées dans le cadre de ma collecte de données sur des groupes d'infirmier·ères actifs sur les médias sociaux et fait l'objet d'une couverture médiatique fréquente (Dussault, 2021; Nguyen et al., 2021; Radio-Canada, 2021; Saint-Arnaud, 2022). L'ensemble des entretiens de groupe réalisés avec des personnes en soins infirmiers permettent d'identifier le TSO comme l'un des problèmes majeurs de la profession et comme un enjeu incontournable des dernières réformes en santé et services sociaux.

Les extraits qui suivent explicitent la manière dont les personnes interrogées vivent l'imposition du travail supplémentaire obligatoire ainsi que l'asymétrie des traitements qu'ils et elles constatent.

Chacun de ces extraits provient d'un des cinq entretiens de groupe réalisé en soins infirmiers. Chaque groupe de discussion a tenu des propos similaires. Ces trois extraits ont été retenus pour leur éloquence. Les personnes citées, deux femmes et un homme, travaillent dans des régions différentes du Québec et cumulent au moins 10 ans d'expérience professionnelle.

Emma : Quand il y a du TSO à faire, les gestionnaires ou la coordonnatrice vont cibler la personne la plus faible, la plus vulnérable, en fait celle qui ne dit jamais rien. Celles qui mettent leur pied à terre, ben ils ne vont pas aller les cibler, parce qu'ils savent ça va être quoi la réponse. Donc, ça tombe toujours sur la plus faible, ça c'est connu de partout. (Entretien de groupe 5, soins infirmiers)

Marine : Si quelqu'un ne rentre pas pour travailler, ils ne la remplacent jamais. Mais si une patiente arrive en salle d'accouchement, c'est à ce moment-là en plein milieu du chiffre qu'ils essaient de la remplacer. C'était tout le temps des économies comme ça, on ne remplace pas au cas où ce serait tranquille. De toute façon, ils le savent qu'on va s'arranger avec la job pis qu'on va se débrouiller, parce qu'on est ben bonne. Malheureusement on est ben bonne parce qu'on est une gang de femmes puis qu'on dit toujours oui. Mets ça dans un milieu de travail d'hommes, ça n'arriverait pas, ils vont se lever debout ben avant nous pis dire ça suffit. (Entretien de groupe 4, soins infirmiers)

Nicolas : À mon avis, obliger quelqu'un à rester en le menaçant, ça arrive beaucoup plus aux femmes. On voit beaucoup plus de femmes qui restent en TSO que d'hommes parce que les hommes disent non, ils partent. Les gestionnaires jouent sur la culpabilité qu'on a de pas assurer la continuité de soins, ils nous disent que ces patients-là auront moins de services pour qu'on se sente coupables. Il y a des gars comme des filles qui ressentent ça, mais en majorité les femmes se sentent un peu plus coupables par rapport à ça. Les gestionnaires, c'est la première chose qu'ils disent, la première : tu vas nuire à ton équipe. C'est tellement présent dans la culture que les gens ont intégré ce message-là. (Entretien de groupe 5, soins infirmiers)

L'enjeu du TSO en termes de rapports sociaux de sexe est double. D'abord, la manière dont le temps supplémentaire obligatoire est organisé dans les soins infirmiers pose problème. Le temps supplémentaire en soins infirmiers était initialement utilisé afin d'assurer que les patient·es reçoivent les soins et traitements dont ils ont besoin, ce qui nécessite une présence et une constance pour les prodiguer. La majorité des personnes interrogées soulignent d'ailleurs leur ouverture à combler le besoin de présence accrue sur le milieu de travail. Comme le soulignent les extraits, c'est le manque d'inclusion dans la prise de décision qui peut renforcer une impression de mépris de la part de l'employeur et des gestionnaires. La manière d'appliquer les mesures donne une impression d'interchangeabilité entre employé·es, sans égard pour leurs compétences, leurs spécialisations ou encore leurs disponibilités (Perron et al., 2020).

Dans sa forme actuelle, le TSO alimente une organisation du travail basée sur la disponibilité constante des infirmiers·ères, de sorte que le travail prend un caractère involontaire et responsabilisant (Haicault, 1984). Dans cette logique, il revient aux employé·es de répondre à la demande de présence constante en acceptant le temps supplémentaire imposé, peu importe sa quantité. Le fait que la responsabilité soit mise sur les individus plutôt que sur la structure se constate notamment dans le libellé de l'article 43 du Code de déontologie du corps infirmier. Ce dernier précise que les infirmier·ères ont le devoir d'assurer la continuité des soins et que seule une raison grave peut en justifier le refus (Dontigny, 2021; Rossignol, 2017). La responsabilité finale dans ce genre de formulation ne revient pas à l'institution, à son organisation du travail ou à ses finances. Plutôt, elle revient aux individus en poste. Ce déplacement de la responsabilité institutionnelle à la responsabilité individuelle reproduit ce que le travail domestique impose aux femmes en termes de disponibilité constante de leur corps, de leur temps et de leurs aptitudes afin de prendre soin de leur entourage (Haicault, 1984). L'appropriation des corps pour accaparer leur travail n'est pas sans faire écho à d'autres théorisations matérialistes de l'exploitation des femmes. On peut effectivement penser à la théorie du sexage, qui explique la domination de la classe des femmes par la classe des hommes (Guillaumin, 1978a, 1978b, 1992). Dans le sexage, l'appropriation des modes de production construit la classe des femmes, leur fonction sociale et leur place en tant que groupe dominé²³. Il s'agit donc du processus par lequel se fait l'appropriation

²³ Il ne s'agit donc pas de partir d'un corps, de facultés, d'aptitudes ou de rôles qui se retrouveraient biologiquement dans la nature. La classe des femmes est construite comme un groupe à exploiter à qui on impose des injonctions de

des corps des femmes et de tout ce qu'elles peuvent produire, ce qui n'est pas sans rappeler les injonctions à rester sur le milieu de travail pour exploiter la capacité à prendre soin.

Au-delà de la subjectivité individuelle et des conditions de vie, le vécu personnel ne peut donc pas excuser l'infirmier·ères de sa présence. Peu importe ce qui est vécu ou ressenti, le rôle social et professionnel prévaut. C'est d'ailleurs une injonction à la disponibilité des corps qui ne trouve pas de corollaire dans les autres professions de la santé et des services sociaux. En fin de compte, ces mesures assurent, pour l'institution qui emploie la majorité des femmes du Québec, une reproduction sociale des positionnalités retrouvées dans les autres sphères de la vie sociale.

Le deuxième enjeu du TSO en matière de rapports sociaux de sexe concerne les techniques de gestion utilisées pour l'imposer. Une partie des techniques utilisées pour convaincre ou imposer le TSO fait en effet appel à des éléments qu'on retrouve de manière importante dans la socialisation traditionnellement féminine. Emma, Marine et Nicolas y font directement référence dans les extraits précédents. C'est le cas lorsque Emma et Marine parlent d'aller chercher la plus faible, celle qui ne peut pas dire non. Nicolas souligne en ce sens que les femmes sont plus souvent en TSO parce que les arguments des gestionnaires basés sur la culpabilisation fonctionnent mieux auprès d'elles en raison de leur socialisation. L'appel au sentiment, à la vocation, à la responsabilisation et à la culpabilité renvoie à des éléments plus présents dans une socialisation traditionnellement féminine, de sorte à placer les personnes socialisées comme femmes dans un rôle d'attention et d'abnégation. C'est précisément ce rôle que les techniques de gestion mobilisent pour remplir les exigences du milieu. Accepter de prendre soin et de ne pas respecter ses limites revient, sur le plan de l'analyse de division sexuelle du travail, à un microcycle qui assure la reproduction sociale des rapports sociaux.

La double contrainte provient de cette dualité : rester à tout prix sur le milieu de travail pour prendre soin d'autrui tout en devant être performante et en assurant des conditions sécuritaires aux patient·es. Sachant que le risque de mortalité chez les patient·es augmente de 3 % lorsque le temps supplémentaire augmente de 5 % en soins infirmiers (Maisonneuve et Lemieux, 2018), ces

ce que doit faire le corps, qui a des rôles sociaux devant être remplis et dont la plus-value peut être exploitée et appropriée.

injonctions ne peuvent être toutes deux accomplies. Bien que le personnel infirmier doive assurer la continuité des soins, l'article 16 du Code de déontologie des infirmières et infirmiers indique également que « l'infirmière ou l'infirmier doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services » (Éditeur officiel du Québec, 2022)²⁴. Cette double contrainte sert, comme le dit de Gaulejac (2010), à créer une emprise sur les employé·es. Évidemment, d'autres manières de proposer le TSO sont également très fréquentes et d'autres raisons et prédispositions de l'individu expliquent qu'il soit accepté. Tout dans ce phénomène ne renvoie pas uniquement à la question de la domination. Par ailleurs, la fréquence de la séquence qui part du contexte organisationnel favorisant l'usage du TSO, davantage imposé par des techniques qui usent de caractéristiques genrées, pour ensuite faire céder les infirmières, est assez fréquemment rapportée pour qu'elle témoigne de la transversalité des rapports sociaux de sexe dans l'organisation et les pratiques de l'institution du soin et de la santé.

4.7.2 Impact du TSO sur l'action politique

L'augmentation des modes de gestion de type *Lean management*, et, plus largement, la nouvelle gestion publique, favorisent l'usage du TSO (Rossignol, 2017). La réforme vient donc renforcer des mécanismes et des pratiques qui nuisent aux conditions de travail, mais également à la disponibilité pour les améliorer. Ce faisant, la capacité à se saisir d'une opportunité politique, ou à avoir l'impression que le passage à l'action est possible, est diminuée. Dans un contexte où les charges mentale, physique et émotionnelle sont si importantes, la plupart des personnes interrogées soulignent que la force nécessaire pour être capable d'agir et de mettre ses limites est difficilement accessible. Bien que, selon les participant·es, le militantisme soit un moyen d'améliorer leurs conditions de travail, la manière de le faire dans un tel contexte est souvent floue.

Les mobilisations féministes ont pourtant abordé la question politique du travail et de l'exploitation des femmes depuis longtemps. Bien que l'analyse féministe des conflits de travail soit présente en

²⁴ L'article 16 complet stipule : « Outre ce qui est prévu à l'article 54 du Code des professions (chapitre C-26), l'infirmière ou l'infirmier doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services.

L'infirmière ou l'infirmier est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services notamment s'il est sous l'influence de boissons alcooliques, de stupéfiants, d'hallucinogènes, de préparations narcotiques ou anesthésiques, ou de toute autre substance pouvant produire l'ivresse, l'affaiblissement ou la perturbation des facultés ou l'inconscience. » (Éditeur officiel du Québec, 2022)

travail social et en soins infirmiers, elle ne semble pas prédominante, ni chez les personnes interrogées ni sur les médias sociaux consultés. Une partie du personnel, qui semble minoritaire, l'articule très bien et agit en conséquence, notamment dans leur passage à l'action politique. C'était le cas de cinq des participantes rencontrées. Autrement, les liens qui sont faits entre les conditions de travail et la socialisation genrée sont généralement ténus ou faits involontairement. Lors des entretiens de groupe, une question abordait directement le caractère genré des professions ainsi que son influence sur le militantisme (« Sachant que votre profession est souvent associée à une logique de *care*, quel effet pensez-vous que ça puisse avoir sur la mobilisation? »). Il est souvent arrivé que les mêmes personnes participantes qui dénonçaient dans leurs mots des inégalités de traitement relevant des rapports sociaux de sexe ne voyaient pas bien quoi répondre à cette question. S'il n'est absolument pas nécessaire d'avoir tous les termes en tête pour exprimer un positionnement féministe, le peu de détails donné à cette question indique que la politisation féministe des luttes liées au travail du *care* est diffusée, mais elle n'est pas largement intégrée au discours des praticiens et praticiennes. Cette faible intégration d'une analyse féministe des conditions de travail est due à différents facteurs, dont la prédominance de normes genrées dans la socialisation professionnelle ainsi que dans l'institution. La possibilité de problématiser les situations vécues sur le milieu de travail en termes liés aux rapports sociaux de sexe en est de ce fait complexifié.

Le contrôle du temps, des corps et de la disponibilité mentale, jumelés au maintien des infirmier·ères dans le caractère genré de leur socialisation, nuit à la disponibilité et au recul nécessaire pour identifier les causes du problème et politiser les conditions de travail. Employées à répétition, sur plusieurs personnes et dans de multiples programmes et établissements, ces techniques de gestion en viennent à nuire à la possibilité d'agir et de se percevoir comme acteur ou actrice politique dans le cadre de son travail.

La section qui suit explicite les formes de double contrainte les plus communes au travail social. Il s'agit de formes distinctes de celle du TSO en soins infirmiers en ce que les moyens sont différents et que leurs effets structurent différemment les opportunités politiques en travail social.

4.7.3 Exemplification du contrôle en travail social par la charge de travail

En travail social, les techniques de contrôle servent principalement à assurer un niveau de rendement quant au temps passé sur une tâche, au nombre de séances nécessaires pour un suivi et au nombre de dossiers pris par les employé·es. Les objectifs de la double contrainte en travail social visent donc une quantification des activités d'intervention, ce qui est une préoccupation centrale de la NGP et des modèles d'organisation de type *Lean* (Barbe et Bourque, 2019; de Gaulejac, 2010).

Contrairement au cas des soins infirmiers, la double contrainte s'exerce en travail social sur de multiples activités. Par exemple, un·e employé·e peut se faire demander de compléter ses suivis individuels en un maximum de séances, tout en se faisant demander d'assurer une qualité des suivis psychosociaux. Pour un cas complexe, terminer le suivi en un nombre limité de séances peut impliquer de ne pas assurer une qualité de service, et vice versa, donnant ainsi lieu à un échec et de la souffrance éthique (Barbe et Bourque, 2019). De même, une travailleuse sociale peut se faire demander d'assurer le suivi d'un nombre élevé de patient·es, tout en devant remplir les formulaires exigés dans chaque dossier. La complétion de l'ensemble des formulaires pour chaque personne implique plusieurs heures de travail, ce qui signifie qu'il devient difficile, voire impossible, de prendre un grand nombre de dossiers. Étant donné que la prise de dossiers implique une responsabilité légale à assurer la sécurité de la personne et stipule que « le travailleur social s'abstient d'exercer dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité de ses services » (Éditeur officiel du Québec, 2020a), l'incompatibilité de ces injonctions peut être déterminante pour les employé·es et les patient·es.

L'application de la gestion paradoxante dans le cadre du travail social au Québec est déjà documentée grâce à quelques études qui ont été effectuées au cours des dernières années. Une étude réalisée en 2015 auprès de 136 travailleurs sociaux et travailleuses sociales révèle une accentuation des conflits éthiques découlant des changements de mode de gestion qui valorisent les modèles ancrés dans la NGP (Larivière, 2018). Selon Claude Larivière, l'intensification de la reddition de comptes statistique, la réduction des ressources financières et humaines, et la standardisation des pratiques indépendamment des spécificités locales créent un contexte dans lequel les multiples exigences organisationnelles sont difficiles à atteindre. Ces conclusions montrent que les exigences

organisationnelles deviennent plus prenantes que les exigences éthiques, ces dernières étant pourtant au cœur de la pratique du travail social et des obligations légales de la profession. Dans la même lignée, un rapport sur les effets de la loi 10 révèle que « les travailleurs sociaux se retrouvent souvent aux prises avec des conflits de loyauté et un questionnement éthique résultant de tensions entre certaines exigences administratives, leurs obligations professionnelles et leur désir d'intervenir adéquatement auprès des personnes dans un contexte de ressources insuffisantes » (Tremblay et al. 2017, 17).

Le premier des deux extraits qui suivent est tiré du retour individuel effectué auprès d'une travailleuse sociale ayant plus de 30 ans d'expérience professionnelle. Elle milite également dans une organisation autonome depuis plusieurs années, le RECIFS. Ayant elle-même vécu un épuisement professionnel, elle s'intéresse tout particulièrement aux effets des techniques de gestion néolibérales sur le travail social. Le second extrait provient d'un entretien de groupe en travail social. Étant l'une des plus politisées de son milieu de travail, la participante dont la parole est rapportée dans l'extrait agit souvent comme pôle d'informations pour ses collègues. Il s'agit d'une personne qui considère s'être toujours impliquée dans son milieu, autant durant l'adolescence qu'au cours de ses six années de carrière.

Denise : C'est bien plus majeur qu'on pense le fait qu'on soit majoritairement des femmes. On a comme imprégné dans l'ADN la tendance à toujours essayer de tout faire pour contenter tout le monde, à se sentir responsable de ça, responsable de ne jamais faillir à la tâche, de toujours être parfaite dans tous nos rôles, autant dans la vie personnelle et dans la vie professionnelle. On est toutes là à se défoncer pour livrer la marchandise, alors qu'on sait que c'est impossible. Mais on continue et c'est là-dessus que le gouvernement compte pour ne rien changer. Elles le font à y laisser leur peau, mais ce n'est pas grave, pourquoi ça changerait ? Pourquoi le gouvernement se priverait de nous utiliser comme ça puisqu'on se laisse faire ?

Dans la fameuse approche industrielle, les gestionnaires s'organisent toujours pour que si on dit non, on se sente seule à oser le faire. Et si on n'arrive pas à combler les exigences, on se fait dire « voyons toutes les autres y arrivent, comment ça que toi tu

n'y arrives pas? », de sorte qu'en bout de piste, c'est toi qui as l'air d'être incapable. À la longue, ça te disqualifie, ça te méprise, ça te rapetisse par rapport aux autres, qui elles dans le regard du boss, ont donc l'air à y arriver sans s'objecter, même si elles chialent toutes sans oser le dire. (Entretien de groupe 1, travail social)

Jacinthe : La gestion par silo a créé un isolement que je n'avais jamais vu avant 2015. Avant, la salle à manger à l'heure du dîner était pleine. Maintenant, le monde mange dans leur bureau, la porte fermée, ils ne se parlent plus. C'est comme s'ils ont plus le droit de se parler, comme une injonction invisible. Au départ je pensais que c'était à cause de gestionnaires problématiques, mais c'est plus large, t'as plus le droit de dire quoique ce soit. Même si je ne suis pas déléguée syndicale, les gens préfèrent me contacter par peur que leur courriel soit retracé, qu'on sache leur nom et qu'ils perdent leur job. On parle de gens qui sont permanents, qui ont leur poste depuis des années, mais ils ont peur. En fait les gens dénoncent tellement plus qu'ils finissent par s'épuiser et ils partent en maladie. La non-reconnaissance des particularités au travail social fait en sorte qu'on doit remplir des formulaires comme l'OCCI²⁵ qui durent quatre heures, mais on a toujours l'évaluation du fonctionnement social à faire, un plan d'intervention, des notes ultra-détaillées qu'on est obligés de faire et le suivi en soi. Au final, ça donne que les gens s'en vont.

(Entretien de groupe 4, travail social)

Dans ces extraits ainsi que dans ceux à propos du TSO, on comprend que la pression ressentie au travail est omniprésente à cause du contexte organisationnel et de techniques de gestion comme la double contrainte. En quelques lignes, les travailleuses sociales interrogées identifient plusieurs effets de ce mode de contrôle.

²⁵ L'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) est l'une des évaluations fréquemment effectuées en travail social. Entrée en vigueur depuis 2018 au Québec, ce formulaire est notamment utilisé pour une partie de l'évaluation des besoins pour le soutien à domicile. Cet outil est critiqué depuis son entrée en vigueur, notamment à cause de la longueur du questionnaire, du temps qu'il demande, du manque de souplesse de sa forme, du peu de prise en considération du jugement professionnel et de résultats qui ont été jugés inadéquats par plusieurs professionnels (Mots Sociaux, 2019).

La gestion par résultat et non par accompagnement structure la relation entre employé·es et supérieur·es hiérarchiques en favorisant une communication axée sur la performance. La possibilité de parler au gestionnaire ou de modifier des pratiques de l'équipe fait moins partie des outils partagés entre gestionnaires et praticien·nes. La supervision clinique y est également moins fréquente, alors qu'il s'agit d'un besoin revenant de manière récurrente dans les entretiens effectués. À cette logique peut venir s'ajouter celle de la note au dossier de l'employé·e dans le cas de l'impossibilité répétée à remplir les exigences ou encore lorsqu'un avis divergeant ou un refus est signifié de sa part. C'est ce à quoi se réfèrent les deux intervenantes lorsqu'elles parlent de la peur de s'exprimer ou encore de « chialer sans oser dire » son avis professionnel. Le style de gestion dont il est question a donc pour effet de nuire à l'expression des besoins et du jugement professionnel ainsi qu'à la participation active des employé·es dans l'exercice de leur fonction.

Bien que cet agencement entre attentes organisationnelles, gestion paradoxante et intervention punitive ne soit pas systématique, il revient dans l'ensemble des groupes interrogés, de même que dans la littérature grise consultée (Boudou-Laforce, 2013; Bureau, 2017, 2018) et dans d'autres études réalisées (Barbe et Bourque, 2019; Grenier et al., 2013; Pauzé, 2016). Le niveau de généralisation de cette dynamique organisationnelle depuis l'entrée en vigueur de la loi 10 mène donc plusieurs intervenant·es et chercheur·es à parler de violence institutionnelle. Elles confient entre autres y vivre de la surveillance, parfois du harcèlement, des menaces et des sanctions. La violence institutionnelle implique de cadrer par le pouvoir et la peur le travail des professionnel·les du milieu de la santé et des services sociaux du Québec.

Isolement et désolidarisation

En termes de structure des opportunités spécifiques, on constate que ces techniques de gestion ont pour effet de limiter les occasions d'agir et de nuire à la perception de pouvoir agir. La responsabilisation de l'échec comprise dans la logique de double contrainte a pour effet d'individualiser les problèmes vécus, malgré leur tendance systémique.

La logique d'individualisation et de mise en compétition nuit également à la possibilité de collectiviser l'expérience et d'envisager un passage à l'action collective. Jumelée à la logique punitive retrouvée dans plusieurs milieux, la mobilisation devient difficile sans subir trop de

conséquences. Cet ensemble contribue à la tendance à utiliser des stratégies de survie individuelles et dépolitisées, comme l'isolement dans le bureau. Il contribue également à développer des mécanismes de défection comme la prise de congé ou l'arrêt de travail, ainsi que la démission ou la retraite anticipée (Hirschman, 2004 [1970]). Mon analyse confirme ainsi les résultats d'études effectuées en France (de Gaulejac, 2010; de Gaulejac et Hanique, 2015), en ajoutant cependant une composante structurelle à ce choix de stratégie défensive ou même de défection : les employé·es sont contraint·es à ces options pour réussir à se préserver dans leur milieu de travail. Il ne s'agit donc pas que d'utiliser une stratégie de survie, il s'agit d'un choix réduit à des options qui conviennent à l'organisation du travail sans en déranger le fonctionnement. Le rythme de travail, la responsabilisation et la logique organisationnelle en restent donc intacts.

Le genre de la contrainte

La double contrainte n'est pas une technique conçue a priori pour affecter particulièrement les professions féminisées. Le caractère différentiel intervient par ailleurs dans l'application qui peut en être faite. Les arguments employés pour hausser le niveau de productivité, les remarques liées à l'échec face aux injonctions et les référents employés pour responsabiliser vont parfois avoir une connotation genrée. Les interventions qui mettent de l'avant les injonctions paradoxantes sont donc parfois formulées de sorte à y intégrer des éléments qui relèvent de la naturalisation des qualifications demandées pour le travail. Elles font ainsi référence à la mise en disponibilité constante des femmes pour le soin d'autrui. Ces techniques peuvent également employer des représentations stéréotypées telles que l'ange gardien, la religieuse agissant par vocation ou encore la chialeuse résistante aux changements (toutes détaillées dans le sixième chapitre). Volontaire ou non, la référence à ces composantes utilise la socialisation afin de faciliter l'efficacité quantitative.

Les effets des techniques d'augmentation de la performance statistique à partir de composantes sexuées peuvent également faire échos à ce que Paola Tabet évoque dans son étude de la division sexuelle du travail militant (1998). La réification de pratiques ancrées dans une division sexuelle du travail tend à rendre plus monotones les tâches assignées aux milieux féminisés. Alors que le travail social a pour objet l'intervention auprès de l'individu, de la collectivité et de leurs milieux, l'importance de la reddition de comptes statistique augmente le nombre de tâches cléricales en diminuant le temps consacré à l'intervention. Comme pour le TSO en soins infirmiers, cette

technocratisation de l'intervention a pour effet de neutraliser l'aspect analytique du mandat des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales. Certaines recherches en parlent d'ailleurs en termes de déprofessionnalisation du travail social (Grenier et al., 2019). Cette tendance accentue le conflit éthique entre le respect des normes du milieu de travail et la cohérence avec l'éthique professionnelle (Barbe et Bourque, 2019).

Le caractère sexué de la gestion paradoxante se constate finalement par les effets de ce type de gestion sur les professionnel·les : sentiment d'échec parce qu'on ne donne pas assez de soi-même, peur de décevoir la figure d'autorité, impression de ne pas suffire à la tâche. Tous ces éléments ont pour effet de complexifier la possibilité pour les professionnel·les des métiers relationnels à se voir comme un ou une actrice politique dans le cadre de leurs fonctions. La répétition à long terme de situations de mise en échec diminue leur agentivité ainsi que leur capacité à se percevoir comme des agent·es politiques pouvant intervenir sur ses conditions directes de travail.

4.8 Conclusion de chapitre

Ce chapitre avait pour objectif d'identifier les éléments structurels qui influencent les opportunités d'agir à l'échelle sectorielle dans les métiers relationnels de la santé et des services sociaux. En analysant de quelle manière les rapports sociaux de sexe traversent l'institution de la santé, cette thèse montre que certains des changements occasionnés par la réforme de 2015 ont davantage affecté les conditions de travail des professions féminisées tel que les soins infirmiers et le travail social. Plus largement, les données indiquent que la néolibéralisation, la biomédicalisation et les modes d'organisation tels que la nouvelle gestion publique de la santé affectent d'une manière particulière les domaines majoritairement occupés par des femmes. Ce contexte nuit à leur possibilité de jouer un rôle politique dans leur milieu de travail.

Changements structurels

Bien que la réforme ait été implantée à l'échelle nationale, elle a plusieurs effets sur les établissements locaux de soin et de santé. Ces changements à l'échelle locale influencent tout particulièrement la capacité d'agir des métiers relationnels. Les soins infirmiers et le travail social ont en commun d'être subordonné à plusieurs échelons de cadres et d'être peu représenté au sein des instances décisionnelles de leur milieu de travail. Ces deux professions ont également tendance à être déqualifiées par des représentations et des mesures qui ramènent leur expertise à des qualités naturalisées. À cause de ce positionnement dans l'institution, les changements au niveau de l'État n'ouvrent pas nécessairement plus d'opportunités politiques. C'est en ce sens que la notion de structure des opportunités spécifiques permet d'identifier des changements au niveau des établissements et des techniques de gestion qui font varier la possibilité de se mobiliser en soins infirmiers et en travail social. L'analyse du contexte et de la variation qu'il génère au sein de deux professions d'un même domaine répond également à l'invitation de certains chercheurs préciser les éléments contextuels qui influencent la distribution des opportunités politiques dans un milieu donné (Gamson et Meyer, 1996).

Parmi les changements effectués à la suite de l'entrée en vigueur de la loi 10, en 2015, la recherche effectuée indique que la centralisation des pouvoirs et des budgets affecte la place des métiers relationnels dans l'institution. L'instauration d'une plus grande quantité de méthodes de reddition de comptes et de mesures de l'efficacité basées sur des échelles quantitatives nuit aux budgets alloués aux programmes psychosociaux, qui répondent moins facilement à l'évaluation statistique (Barbe et Bourque, 2019; Bresson et al., 2013; Bourque et Quesnel-Vallée, 2014). De plus, la taille de la structure, beaucoup plus large qu'auparavant, diminue paradoxalement les espaces dans lesquels s'impliquer et avoir un pouvoir décisionnel. Les professionnel·les expliquent dans les entretiens réalisés que les changements institutionnels liés à la loi 10 contraignent la politisation du milieu de travail direct en ce qu'ils restreignent la place des employés·es au sein des instances décisionnelles ainsi que leur marge de manœuvre pour s'exprimer. En raison des fusions de plusieurs établissements d'un même territoire, les professionnel·les de terrain peinent à s'y retrouver, à identifier les supérieur·es auquel·les adresser leurs demandes, saisissant donc moins facilement les opportunités disponibles.

La rapidité de l'implantation de ces changements organisationnels n'a pas non plus permis aux individus et aux groupes de professionnel·les de s'y ajuster, de sorte que, si certaines opportunités d'agir demeurent, celles-ci sont plus difficiles à saisir qu'elles ne l'étaient. Plus largement, ces résultats indiquent que les politiques sociales ont des effets différents sur les groupes en fonction des rapports sociaux de sexe. L'analyse effectuée montre que l'institution de la santé est traversée par des rapports sociaux de sexe qui structurent la place des métiers féminisés ainsi que leurs possibilités d'agir politiquement.

Techniques de contrôle et possibilités d'action

La cueillette de données réalisée met en évidence l'importance du type de gestion et des techniques utilisées à l'égard des métiers relationnels. En soins infirmiers comme en travail social, les participant·es soulignent l'augmentation de la technocratisation de leurs tâches de même qu'une augmentation de la charge de travail depuis l'entrée en vigueur de la loi 10. Les soins infirmiers se distinguent toutefois dans la mesure où, au-delà de la quantité de travail, l'efficacité semble se mesurer à partir du temps passé sur le milieu de travail. Ce faisant, le contrôle des infirmier·ères passe particulièrement par leur présence physique. C'est en ce sens que le travail supplémentaire obligatoire, qui force les infirmier·ères à rester sur leur milieu de travail au-delà des normes conventionnées, renvoie au contrôle des corps qu'implique le travail reproductif (Haicault, 1984). Dans un contexte de réduction de personnel et d'augmentation des cas cliniques et de leur complexité, certaines techniques de gestion servent davantage à contrôler qu'à accompagner. Ces techniques visent à contrôler la présence du personnel, peu importe ses disponibilités physique, mentale et émotionnelle. Les techniques utilisées pour garder les personnes en soins infirmiers plus longtemps sur le milieu de travail réifient fréquemment des représentations genrées liées à la vocation et au don de soi, en plus de compter sur des éléments de socialisation comme la difficulté à dire « non » présentes chez plusieurs infirmières. L'objectif de ces techniques de contrôle est en lien direct avec la disponibilité constante du temps, du corps et des soins des femmes qu'on retrouve dans la vision naturalisée du travail domestique et, plus largement, dans la reproduction des rôles sociaux.

En théorisant l'imposition du travail supplémentaire obligatoire (TSO) à partir du concept de double contrainte, également appelée gestion paradoxante (de Gaulejac, 2010), mes résultats présentent sous un nouvel angle des effets déjà documentés du TSO (Bougie et Cara, 2008; Briskin, 2012; Perron, 2013). Les données présentées révèlent qu'il s'agit d'un outil de gestion néolibérale structuré par l'institutionnalisation de la division sexuelle du travail. En soins infirmiers, la gestion paradoxante met en tension, d'une part, l'obligation légale d'être présente et, d'autre part, le code déontologique qui insiste sur l'importance de la sécurité des conditions de travail afin d'octroyer des soins et traitements de qualité. Dans la mesure où le résultat de la gestion paradoxante est la responsabilisation et la mise en échec de l'individu pour mieux le contrôler, les mêmes options de survie que celles proposées par Vincent de Gaulejac en travail social s'appliquent aux soins infirmiers : défection ou passage à l'action.

Bien que la gestion paradoxante soit utilisée dans l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux, les techniques de marginalisation des personnes qui s'opposent aux injonctions organisationnelles semblent plus fréquentes en travail social qu'en soins infirmiers. Alors que les soins infirmiers sont aux prises avec le travail supplémentaire obligatoire comme technique de mise en disponibilité continue du corps, le travail social semble davantage subir un contrôle qui s'incarne dans l'augmentation de la reddition de comptes statistiques. L'irréconciliabilité entre les différentes injonctions se résume fréquemment, d'une part, à l'augmentation de la charge de travail et le nombre de dossiers et, d'autre part, au maintien des services de qualité pour l'ensemble des personnes dont le travailleur social ou la travailleuse sociale a la responsabilité légale d'accompagnement. Il s'agit d'une mise en pratique qui varie par rapport aux soins infirmiers en ce qu'il s'agit moins de la disponibilité du corps que de la complétion d'une plus grande charge de travail, sans nécessairement d'égards à la manière ou au moment où celle-ci s'accomplit.

Dans les deux cas, les techniques de contrôle ont pour effet de ramener les professionnel·les des métiers relationnels à un positionnement déqualifiant et subordonné. Il s'agit d'une position dont il est difficile de sortir pour se positionner politiquement et défendre ses conditions de travail, individuellement ou collectivement. L'usage de ces techniques de gestion réifie donc des valeurs et des compétences naturalisées assignées aux femmes (don de soi, vocation, aider sans compter, ne pas décevoir) afin de contrôler leur pratique.

Les années de coupure de service, de changements organisationnels et d'implantation de certains modèles de gestion démobilisent et dépolitisent les travailleur·euses qui ont l'impression d'avoir moins prise sur leur milieu de travail. Puisqu'il s'agit de changements effectués sur plusieurs années, il devient parfois difficile d'identifier rapidement leurs causes et de s'organiser pour les contrecarrer. Pour les professions qui relèvent du *care*, comme les soins infirmiers et le travail social, l'imbrication des rapports sociaux de sexe au contexte institutionnel a un effet délétère sur leur place dans l'institution et leur compréhension de celle-ci. Cette précarisation affecte du même coup leur capacité à se saisir d'opportunités spécifiques, diminuant leur possibilité d'agir sur le plan politique.

CHAPITRE 5

LES POSSIBILITÉS DE PASSAGE À L'ACTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE SELON LA STRUCTURE DES OPPORTUNITÉS POLITIQUE

« La reprise mentale individuelle et le yoga, ça peut aider un moment, mais il importe que nous reprenions (et pas seulement avec notre tête) la possession de notre matérialité. Reprendre la propriété de nous-mêmes suppose que notre classe entière reprenne la propriété de soi-même, socialement, matériellement. »

- Colette Guillaumin, 1978a, p. 15

Suivant le chapitre sur l'effet du contexte de réforme et des rapports sociaux sur le travail féminisé, cette section traite des actions menées par les professionnel·les du travail social et des soins infirmiers, au sein desquelles il a été possible d'identifier une composante liée à la structure des opportunités spécifiques. Rappelons que la structure des opportunités spécifiques permet de déterminer la manière dont se déploient les freins structurels et les facilitateurs à l'action au niveau sectoriel. La variation des ouvertures peut donc s'expliquer par un changement dans le lieu de travail ou par l'implantation d'un programme ou d'un style de gestion (Giugni, 2008). L'intérêt de traiter de ces actions est de pouvoir analyser les variations du répertoire d'action entre deux métiers relationnels en contexte de réforme institutionnelle. Cette section permet donc de répondre au questionnement initial s'intéressant aux explications possibles des différences relatives au passage à l'action entre des professions du *care* d'un même milieu.

L'analyse des entretiens effectués démontre que les personnes employées dans des métiers relationnels tels que le travail social et les soins infirmiers ont du mal à passer à l'action dans le cadre de leur travail. Cependant, ils et elles y parviennent en développant un répertoire d'action qui leur est propre, dans lequel on retrouve une grande quantité d'actions individuelles et, plus marginalement, quelques actions collectives. L'organisation de ce répertoire est liée à différents facteurs, dont certains renvoient à la structure des opportunités spécifiques et à la manière dont les rapports sociaux de sexe traversent à la fois les opportunités et le répertoire. Les données recueillies montrent que les actions expliquées par la structure des opportunités spécifiques sont rarement

conflictuelles et rarement effectuées avec l'aide de l'instance syndicale locale ou nationale. D'autres actions, qui ne sont par ailleurs pas nécessairement plus conflictuelles, s'expliquent mieux à partir d'un cadre d'analyse centré sur l'identité et sur la socialisation, des éléments qui seront traités dans le chapitre suivant. Ce chapitre-ci se divise dès lors en deux sections principales : l'une portant sur les actions individuelles et l'autre sur les actions collectives liées au contexte.

5.1 Stratégies individuelles

Les stratégies individuelles sont plus fréquentes en travail social qu'en soins infirmiers. J'explique entre autres cette tendance par le manque de réseaux sociaux en travail social, ne permettant pas de développer autant de pratiques partagées collectivement. Les actions individuelles qui ont pu être répertoriées sont généralement menées pour répondre à des besoins individuels immédiats ou à des situations rencontrées dans le cadre de l'accompagnement des patient·es. La plupart des actions se rassemblent sous le chapeau de la dénonciation. On y retrouve la rédaction de lettres ouvertes aux journaux ou aux élu·es provinciaux, la documentation de situations problématiques et les plaintes aux instances institutionnelles. Une autre partie du répertoire rassemble l'opposition verbale, le refus de travailler et la perturbation du rythme de travail. Certaines actions visent à prendre un poste dans une instance décisionnelle de son établissement. D'autres finalement relèvent de pratiques discrètes, soit des actions qui passent le plus possible inaperçues au sein de l'institution.

Ces actions ne fonctionnent pas toujours et, lorsqu'elles sont réussies, leurs effets sont généralement de faible ampleur, affectant parfois le programme et plus rarement l'établissement et l'institution. Lorsqu'elles sont menées pour répondre à une situation immédiate, les actions individuelles ont par ailleurs un plus haut taux de succès. Afin d'illustrer les manières dont les rapports sociaux de sexe et le contexte influencent le passage à l'action, ce chapitre présente en exemples les actions suivantes : l'opposition verbale, la documentation de ce qui fait problème et les pratiques discrètes. L'analyse des données a également fait ressortir le fait que toutes les options d'un répertoire ne sont pas également accessibles à tous les membres d'une profession. En ce sens, une des sections aborde la participation à des instances officielles comme exemplification de la distribution asymétrique des opportunités d'agir qui favorisent l'action des employés s'identifiant comme hommes cisgenres.

Dans la littérature sur l'action en soins infirmiers et en travail social que j'ai consultée, quelques recherches font état de stratégies individuelles (Boivin-Desrochers et Alderson, 2014; Perron, 2013). Amélie Perron analyse notamment la dénonciation en soins infirmiers comme moyen d'assurer une cohérence éthique dans le travail infirmier. Camille Boivin-Desrochers et Marie Alderson (2014) documentent par ailleurs plusieurs stratégies de défense individuelle : la résilience, la rationalisation, le déni, l'individualisme, l'évitement, le travail à temps partiel, la démission ou la demande de transfert. Les stratégies documentées dans la littérature n'évoquent donc pas nécessairement la politisation des enjeux problématiques et se réfèrent peu à la mise en visibilité de ce qui pose problème. Boivin-Desrochers et Alderson (2014) se réfèrent également à Pascale Molinier (2008) pour évoquer l'activisme individuel, tout en signalant qu'il ne s'agit que d'une stratégie de courte durée, qui peut mener à l'épuisement et « [...] susciter des conflits entre les membres de l'équipe qui l'utilisent et ceux qui désirent, notamment, mettre de l'avant leurs droits et protéger leur vie personnelle » (2014, 91). La documentation des stratégies collectives, abordée dans la section suivante, est quant à elle un peu plus fournie.

L'apport de cette section est en ce sens de documenter les moyens d'action individuels qui sont à la portée des métiers relationnels. En analysant la manière dont ce type d'action émerge pour chaque profession, mon analyse contribue à la compréhension du rapport au travail et à l'action politique des professionnel·les et ce, dans un contexte organisationnel en plein changement. Plus précisément, les résultats de l'analyse qui suit démontrent qu'en raison de la manière dont les opportunités sont réparties au niveau sectoriel, les professions historiquement féminisées utilisent plus fréquemment des stratégies individuelles que des stratégies collectives pour défendre ou améliorer leurs conditions de travail et la qualité des soins donnés.

5.1.1 Dire « non »

La capacité de dire « non », soit de refuser une tâche – ce qui est une manière de s'opposer à une décision administrative –, est soulignée très fortement comme représentant un défi pour les personnes interrogées. La peur de parler et la peur de faire l'objet d'une sanction pour avoir partagé son jugement professionnel ou pour avoir refusé une tâche afin de respecter son code de déontologie ou de son code éthique font en sorte que l'opposition est perçue ici comme une action individuelle. Il est à noter que chaque groupe de discussion a abordé de lui-même la difficulté à

exercer son jugement professionnel dans le cadre de ses fonctions. Les extraits qui suivent témoignent de l'enjeu que représente l'opposition en travail social, puis en soins infirmiers. Le premier extrait reprend ainsi un échange s'étant déroulé dans un groupe de travail social entre deux personnes cumulant plus de 20 ans d'expérience professionnelle et une personne cumulant 5 années d'expérience. Toutes les trois ont des idées politiques assumées et une vision politique du travail social.

Jacques

[...] les TS qui s'en sortent actuellement au Québec, c'est des TS qui font ce qu'ils veulent sans se préoccuper des conséquences et dont le boss est moins présent. Par exemple, si tu as droit à maximum 10 séances avec un patient, mais que tu sais que tu ne peux pas le lâcher et que tu poursuis pour quelques séances; ton boss va faire quoi ? Aucun boss va te congédier parce qu'il va avoir de la misère à justifier ça avec son administration de haut niveau. Mais il faut le savoir et il faut être capable de dire non. Je pense qu'il faut même apprendre à *butcher* la paperasse qui nuit à notre travail. Quand ça n'a pas de bon sens et que ça n'aide pas le client, on le *butche*. Pourquoi on est si docile ? C'est ça la subversion, mais c'est sûr que si tu refuses, ils n'aimeront pas ça.

Marlène

Ça demeure des initiatives individuelles. C'est ça qui me fâche un peu, c'est qu'on est toujours dans les initiatives individuelles. On ne peut rien faire collectivement. Je suis très subversive dans ma pratique, mais je suis toute seule fait que ça ne donne pas toujours grand-chose.

Mélanie

On a beaucoup plus de pouvoir qu'on pense, les intervenants ne réalisent pas le pouvoir qu'ils ont. Je fais de la supervision clinique avec d'autres TS et je leur dis, si t'es rendu

à 50 dossiers puis que ta gestionnaire veut t'en donner un autre, alors que toi tu juges que t'es pas capable de le prendre parce que tu ne serviras pas bien tes clients, tu dis non. Qu'est-ce que tu veux qu'elle fasse? Elle ne te mettra pas dehors! Mais elles hésitent pareil à le faire, ce n'est pas dans notre culture, ce n'est pas dans notre façon d'être puis je pense qu'on ne s'arrête même pas pour y réfléchir. Ils font exprès de nous mettre dans une atmosphère où on réfléchit plus. Ils nous bourrent de travail pour qu'on ait plus le temps de penser puis de dire non. (Entretien de groupe 1, travail social)

L'extrait qui suit provient pour sa part d'un entretien de groupe en soins infirmiers. L'une des participantes est en fin de carrière tandis que l'autre en est au tout début – elles ont pourtant plusieurs points en commun. Elles ont toutes deux travaillé au Nord-du-Québec et fait des dénonciations de comportements jugés dangereux sur leur milieu de travail. Elles ont toutes deux quitté, au moins à une reprise, un milieu de travail dans lequel elles n'arrivaient pas à trouver de cohérence entre leur éthique professionnelle et les conditions de travail, ce malgré avoir mené différentes actions individuelles.

Audrey

Quand les travailleurs de la construction sont en grève, ils sont capables de changer leurs conditions facilement.

Marine

Nous on ne peut pas.

Audrey

Aujourd'hui on voit les professions féminines qui sont vraiment plus touchées par la COVID, qu'on regarde les services sociaux, la DPJ, les enseignantes; on ne voit pas le jour où le gouvernement va dire : ah oui, il faudrait valoriser ça. (Entretien de groupe 4, soins infirmiers)

Ces extraits représentent bien les difficultés que rencontrent les personnes pratiquant des métiers relationnels lorsqu'elles cherchent à exercer davantage de pouvoir sur leur manière de travailler et sur les conditions qui entourent leur pratique. Selon les entretiens effectués, le contexte organisationnel par lequel la charge de travail est augmentée et par lequel les espaces décisionnels accessibles sont réduits nuit à la capacité de prendre du recul sur la situation, de collectiviser les expériences, et donc, d'identifier les tâches qui reviennent ou non à l'employé·e. Conséquemment, il est plus difficile de trouver quand et comment agir sans subir trop de conséquences. De même, le passage du rôle de gestionnaire-accompagnateur à un rôle davantage axé sur la gestion du rendement renforce la perception selon laquelle donner son avis ou s'opposer est moins accepté dans la relation avec les paliers décisionnels de l'établissement.

Quelques études des politiques sociales en santé démontrent en ce sens que la possibilité de s'opposer (*veto point*) dans le cadre institutionnel varie selon la structure du processus de prise de décision et selon la position de la profession dans l'institution (Béland, 2010; Immergut, 1992). Les organisations possédant des espaces et des procédures de délibération et d'expression clairement identifiés seraient ainsi celles pour lesquelles il est le plus facile d'exprimer une opposition, d'avoir un poids décisionnel et d'être en mesure de bloquer un changement ou une décision. Dans cette logique, le contexte organisationnel sous le prisme de la nouvelle gestion publique (NGP) et des méthodes de type *Lean* davantage mises de l'avant depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, tend à créer un climat de travail dans lequel il est moins évident de cerner la marge de manœuvre existante pour agir. Pour les professions qui n'ont pas accès aux espaces décisionnels et qui n'ont pas le capital social suffisant pour exercer un droit de veto, émettre un jugement professionnel, ou encore, agir en cohérence avec son code de déontologie et son éthique professionnelle, devient politique.

L'intériorisation de normes genrées reproduites dans le cadre des métiers relationnels est également identifiée comme un frein à la tentative de nommer sa dissension. Lorsque Mélanie affirme que ce n'est pas dans la culture du travail social de dire « non » et qu'Audrey compare la capacité d'action des soins infirmiers au milieu de la construction, elles font référence au positionnement social et à la perception de soi différenciées selon les rapports sociaux de sexe et reproduisant, dans le travail salarié et dans le cadre institutionnel de la santé, les rôles attribués par la division sexuelle du travail (Falquet, 2002; Kergoat, 2010). Se sentir en droit de s'opposer et d'être visible dans une position

politique n'est donc pas accessible également pour tout le monde. Pris ensemble, le contexte organisationnel et l'institutionnalisation de la division sexuelle du travail réduisent les opportunités qui sont accessibles, nuisent à la perception de la possibilité d'agir et conditionnent le répertoire d'action à portée des professionnel·les.

La déconstruction des impératifs institutionnels grâce à la compréhension du système et à une perception plus juste de son rôle dans l'organigramme facilite par ailleurs le passage à l'action. Dans les extraits précédents, les personnes qui osent dire « non » ont des expériences variées, allant de trois à vingt-cinq ans d'ancienneté. L'habileté à puiser dans le répertoire d'action disponible pour les métiers du soin ne semble donc pas dépendre du niveau d'expérience. Plutôt, il semble dépendre de la capacité à comprendre l'organigramme de l'établissement, ses mécanismes et la place qu'on y occupe. De même, il s'agit généralement de personnes ayant plus de facilité à identifier le caractère politique de leur profession et sa composante liée à la défense des droits. Le refus de travailler semble être une des manières les plus fréquentes de se protéger des conflits éthiques créés par la gestion paradoxante dont il a été question dans le chapitre précédent. Alors que la gestion paradoxante nécessite un engagement émotionnel de la part de l'employé·e pour que l'effet de contrôle fonctionne et ne provoque pas un désengagement, oser s'opposer pour défendre les patient·es et ses valeurs professionnelles semble réarticuler l'engagement émotionnel, non pas à l'égard de l'institution, mais plutôt de la profession et de la population desservie.

5.1.2 Documenter les problèmes du milieu de travail

Les différents entretiens menés révèlent l'importance de l'action de documenter une situation et d'en diffuser les conclusions. C'est tout particulièrement le cas en travail social. La documentation de problèmes vécus au sein du milieu de travail prend différentes formes selon les personnes interrogées. Il peut s'agir de la production de rapports d'incidents à répétition, afin de rendre un enjeu de sécurité visible auprès de la direction, ou encore de documentation d'une situation dans le but de déposer une plainte ou un grief. Il peut également s'agir de documenter les défis quotidiens au sein du milieu de travail sur une longue période de temps, afin de déposer un rapport à la direction de l'établissement et à d'autres instances comme l'ordre professionnel. Les personnes utilisant ce mode d'action ont en commun l'objectif de vouloir prouver la dangerosité d'une situation préalablement dénoncée, mais pour laquelle aucun changement n'a été apporté. Dans cette

logique, l'action de documenter sert à augmenter la crédibilité de l'acteur face à la personne en situation de pouvoir et à prouver le sérieux de la démarche. L'extrait qui suit reprend le récit de la mobilisation menée par une travailleuse sociale ayant cinq ans d'expérience en milieu institutionnel. Il s'agit d'une personne ayant déjà milité dans d'autres milieux et qui a une aisance à parler de ses positions politiques.

Marlène : Je suis quand même une militante, c'était difficile pour moi de choisir d'aller en institution. Dans les trois établissements dans lesquels j'ai été, je n'ai vu pas grand monde se mobiliser parce que les gens ne savent même pas à qui s'adresser. Il n'y a personne de subversif. L'équipe où je me sentais bien est disparue avec la réforme, donc c'est difficile d'exercer de la démocratie dans ce contexte-là, ou en tout cas d'essayer d'avoir une emprise sur l'institution. J'ai aussi adhéré au RECIFS un peu après sa fondation. J'aime beaucoup ce groupe, mais j'ai l'impression qu'ils sont très limités dans leurs moyens d'action face au réseau de la santé. C'est pour ça que ma façon de me mobiliser, c'est de documenter ce qui se passe sur le milieu de travail. C'est ma manière de faire pour les employées, l'*advocacy* qu'on fait pour les usagers. On a documenté tous les problèmes qu'on voyait pendant 6 mois dans notre programme et on l'a présenté à la direction et à notre syndicat. La collègue avec qui je l'ai fait vivait beaucoup d'ambivalence, elle avait peur de se faire rabrouer. On entend que des gens sont renvoyés pour avoir pris la parole [...]. La prise de parole est dangereuse; dès qu'on remet en question les choses, on se fait rentrer dedans. C'est difficile de s'exprimer, d'avoir une parole un peu plus libérée. On se ramasse que notre meilleure méthode de mobilisation c'est de jouer la nouille sympathique dans la rencontre administrative qui a lieu aux trois mois parce qu'on nous demande de ne pas questionner les directives administratives qui viennent d'en haut. (Entretien de groupe 1, travail social)

Pour Marlène, la documentation de la situation constitue un moyen accessible, à utiliser en réponse à la difficulté de se réunir entre collègues depuis la réforme de 2015. Cette action compense également le manque d'emprise des groupes autonomes comme le RECIFS sur le milieu

institutionnel. Bien qu'elle ait l'impression que le contexte ne permet pas de mobilisation collective, elle parvient tout de même à trouver une manière d'agir qui est adaptée à la réalité de son milieu de travail. Comme pour plusieurs professionnel·les, la documentation n'est pas sa première option d'action; elle advient comme une alternative à l'action collective qui peine à être mise en place, mais également à la prise de parole publique. La documentation sert donc à rendre visibles des choses difficiles à nommer ou à refuser sur le moment, l'écriture se substituant à la parole.

Répertoire, genre et crédibilité

Comme le font remarquer différentes chercheuses, la crédibilité des métiers relationnels n'est pas équivalente à celle des métiers curatifs ou des professions libérales (Dejours, 1988; Falquet, 2002; Kergoat, 2010). La perception de soi qui en découle tend à dévaluer les travailleur·euses du *care*, reproduisant ainsi la hiérarchisation entre travail productif et travail reproductif. À l'aide d'actions comme la présentation d'un rapport à des instances officielles menée par Marlène, les professionnel·les se dotent d'outils supplémentaires pour appuyer leur jugement professionnel, de sorte à pouvoir articuler différemment ce jugement face à leurs supérieur·es et ainsi potentiellement gagner en crédibilité en ce qui concerne le rapport de force.

Le répertoire d'action mis de l'avant par les personnes interrogées révèle une propension à l'usage de moyens peu conflictuels. La littérature portant sur les rapports sociaux de sexe parle de cette tendance comme d'un effet de la socialisation sur le répertoire d'action collective (Kuumba, 2001; Reger, 2021). Jules Falquet (2002) analyse en ce sens l'activité révolutionnaire salvadorienne comme un travail en soi. En abordant la militance intra-institutionnelle comme un travail, on constate que la division sexuelle du travail qui influence les tâches pouvant être assignées aux femmes exerce également une influence sur les moyens mis à leur disposition pour agir sur le plan politique. Notamment, la difficulté à se percevoir comme acteur ou actrice politique, ainsi que la plus grande difficulté à être perçu·es comme tel, structure les opportunités d'agir et la perception de pouvoir agir, de sorte que le répertoire d'action collective en est teinté. C'est pourquoi plusieurs moyens d'action n'enfreignent pas les règles implicites de la division sexuelle du travail. Ces normes impliquent par exemple que les femmes ne doivent pas déranger, perturber, être en colère ou prendre trop de place. Ces modalités de l'engagement les amènent plutôt à utiliser des moyens

comme la discussion et l'écriture pour faire valoir leurs revendications. Les contraintes dans le choix de l'action politique ne signifient pas pour autant que les actions menées n'ont pas de portée subversive (Galerand et Kergoat, 2008). L'importance de ces actions, qui peuvent avoir l'air banales, réside dans le potentiel subversif qu'elles recèlent à l'égard d'un milieu de travail offrant une faible marge de manœuvre pour l'action politique. La documentation des conditions du travail relationnel pour les améliorer présente un potentiel subversif dans la mesure où cette action parle du rapport au travail des femmes, rend visible tout ce qui est pris pour acquis dans le travail relationnel ainsi que ce qui est déqualifié en raison d'une naturalisation des tâches et des risques associés. Sans présumer que ces actions ont un impact similaire à celles d'une mobilisation collective, cet aspect du répertoire rend possible une combativité locale dans le cadre d'emplois moins valorisés par l'échelle de qualification en santé et services sociaux.

L'analyse du répertoire d'action des deux professions à l'étude indique par ailleurs que le recours à la documentation individuelle est plus fréquent en travail social qu'en soins infirmiers. Cela s'explique par deux facteurs. Le premier est lié à la socialisation professionnelle développée au cours de la formation universitaire des deux professions. Les aptitudes nécessaires à la rédaction de longs textes analytiques (portant notamment sur la manière dont un enjeu individuel s'inscrit dans son contexte) sont développées grâce à plusieurs compétences relevant de la formation en travail social. Bien que la formation en soins infirmiers s'attarde également au développement de ces aptitudes, la formation en travail social met particulièrement l'accent sur l'analyse de l'individu au sein de son milieu, ce dans le but d'expliquer des comportements sociaux. Cette compétence revient ensuite fréquemment comme moyen d'action une fois à l'emploi. Le second facteur qui explique l'usage plus répandu de la documentation en travail social est l'accès généralement plus important de cette profession à des sphères de consultation. Bien que l'accès aux sphères décisionnelles en travail social reste très marginal, lorsque comparé aux soins infirmiers, son accès à des espaces de consultation est supérieur. Parce qu'il est disqualifié, ce type de travail n'est que rarement inclus dans les sphères de pouvoir. En fait, rares sont les instances décisionnelles qui incluent des professions liées au travail reproductif et donc, auxquelles sont arbitrairement associés les emplois majoritairement occupés par des femmes. Dépendamment de l'établissement, du programme et de l'équipe de travail, les personnes en soins infirmiers ne sont pas toujours invitées à participer aux rencontres interdisciplinaires. Si elles le sont, un ou une des membres de l'équipe

représente généralement le corps infirmier d'un programme, par exemple l'infirmière-chef. Présenter une documentation montée individuellement pour appuyer une demande peut ainsi être plus risqué et moins facile à effectuer dans le cadre des soins infirmiers. En outre, les professions comme le travail social se concentrent souvent sur des dossiers précis, contrairement aux soins infirmiers, dont les équipes sont généralement affectées à une unité de soins. L'interaction entre professionnel·les à propos de patient·es, tout comme la familiarité interprofessionnelle, sont en ce sens plus accessibles en travail social qu'en soins infirmiers. Cet accès différencié aux instances délibératives contribue également à expliquer la publication collective et anonyme en 2018 des « Livres noirs », qui consistent en un assemblage de témoignages de personnes très majoritairement issues des soins infirmiers de plusieurs régions du Québec. Nous y reviendrons par ailleurs dans le chapitre sur l'identité collective puisqu'il semble qu'au-delà de la structure des opportunités spécifiques, des facteurs liés au réseau social et à la représentation sociale de la profession sont particulièrement importants pour expliquer la réalisation des livres noirs.

5.1.3 Les pratiques discrètes comme forme d'action individuelle

Un nombre important d'actions recensées au cours des entretiens sont menées de manière informelle. Ces actions cachées et discrètes sont généralement accomplies de manière individuelle, de sorte à réaliser une tâche considérée essentielle par l'employé·e, mais dévaluée ou interdite par l'employeur. L'action discrète implique également de poser des actions sans les documenter puisque celles-ci ne cadrent pas avec les exigences de l'établissement. L'objectif varie : il peut s'agir de maintenir un lien avec un milieu, de donner accès à un type d'information ou de matériel, d'accomplir une tâche particulière ou de dénoncer une situation. L'action discrète prend ensuite différentes formes. Par peur de représailles de la part des cadres et des collègues, certaines actions consistent à donner discrètement les informations nécessaires aux patient·es pour qu'ils et elles déposent par la suite des plaintes liées aux traitements reçus dans l'établissement. L'exemple qui suit détaille ce qui pousse les membres d'une équipe de travail social à mener des actions discrètes chacun·e de leur côté plutôt que de mener une action collective visible.

Claire : Depuis 2015, on est rattachée à une autre partie de l'administration du CIUSSS et ça affecte la priorisation des dossiers sur lesquels on doit travailler. On trouve qu'il

Il y a une proportion démesurée de programmes de santé publique et la spécificité du travail social tend un peu à s'y fondre. C'est difficile de maintenir nos actions de soutien aux organismes d'actions plus sociopolitiques quand toutes les priorités d'intervention et la reddition de comptes sont directement liées à la santé publique. Notre équipe s'est mobilisée dès 2015 pour faire de l'information aux paliers de direction sur la particularité de notre approche. Progressivement, on a basculé vers des actions plus individuelles, informelles et non confrontantes. On constate que beaucoup de collègues maintenant ont la même approche que nous qui invisibilise leur présence dans certains dossiers. En ce moment, on connaît quelqu'un qui soutient les groupes locaux contre l'arrivée d'un nouveau fonctionnement dans son établissement. Son nom est nulle part, mais c'est lui qui leur donne toutes les infos que l'établissement garde à l'interne. Il les aide aussi à organiser une partie de la contestation. Par contre, ça devient difficile de justifier ce qu'on fait comme intervention puisqu'on invisibilise le cœur de notre démarche et notre logique d'intervention. [...]

Depuis la réforme, les comités des usagers n'ont plus du tout la même place. Maintenant ils font plutôt des assemblées d'information, ça n'a pas le même pouvoir. Nous, on n'est plus capable de faire notre travail comme avant et le syndicat n'a plus le même impact on dirait. Je pense qu'il y a eu beaucoup de tentatives de passer quand même par ces canaux, mais face aux nombreux échecs, on développe en marge des façons de faire pour continuer l'ensemble de notre travail.

Ultimement, ce qu'on souhaite c'est maintenir les services qu'on offrait à la population en fonction de nos cadres de référence, de nos balises et de notre cadre éthique. Des fois on nous demande d'intervenir à l'encontre de ça, donc nos actions invisibles et individuelles, elles viennent de l'impossibilité de passer par le cadre formel. On a un lien de confiance avec la communauté et les gens qu'on a en suivi, on ne veut pas briser ça. Pour nous la mobilisation à la base elle est collective, mais en ce moment c'est caché et individuel parce qu'on a essayé autrement ça n'a pas porté fruit. (Suivi individuel en travail social, groupe 4)

Le contexte organisationnel depuis la réforme semble particulièrement influencer ce choix d'agir de manière discrète. La disparition de plusieurs instances décisionnelles et consultatives a eu un effet d'entonnoir sur les actions envisagées au sein des métiers relationnels. Si l'ouverture politique préalable à l'entrée en vigueur de la loi 10 pouvait varier d'un établissement à l'autre, les personnes interrogées remarquent que la possibilité de se faire entendre et d'avoir un poids décisionnel sans être victimes de trop de sanctions a diminué. Ne voyant pas la possibilité de créer de nouveaux espaces de ce type ou de forcer le passage à travers ceux qui existent toujours, plusieurs professionnel·les ont développé des pratiques alternatives afin, notamment, de limiter l'impact de la présence biomédicale sur le volet relationnel de leur emploi. Les actions collectives et visibles sont pour plusieurs plus difficiles à envisager, ce qui explique les pratiques individuelles et cachées qui sont recensées. Ce recours à la pratique discrète est ce qui leur permet de garder une cohérence entre les exigences du milieu et le sens du travail. Devant la visée de contrôle de l'injonction paradoxante émise par l'employeur, les professionnel·les développent des manières de résister.

Le poids des rapports sociaux de sexe pour ce type d'action n'est pas différent des exemples précédemment nommés. Le rapport à l'espace de contestation, l'aisance à s'opposer et à assumer un rôle politique décrit dans les exemples précédents d'action individuelle s'applique également ici. L'étude effectuée permet de constater que le contexte et la socialisation sont des freins qui affectent l'ensemble des possibilités d'agir et qui teintent les actions envisagées. Cependant, le type d'action, même s'il est discret ou à petite échelle, n'indique en rien le degré de radicalité. Sachant que les ouvertures à agir politiquement sont restreintes pour ces professions, toute action dans le cadre institutionnel est combative. Il convient également de souligner que les principales modalités d'action qui sont employées par les personnes interrogées se retrouvent également dans d'autres espaces de contestation du travail qui ne sont pas liés au travail de soin. Ce qui est particulier ici est la prépondérance des moyens d'action discrets et à l'échelle locale face aux autres options (par exemple, grève illégale, perturbation, grande manifestation bruyante, *sit-in* à l'Assemblée nationale plutôt que sur le lieu de travail). Il y a donc un effet des rapports sociaux de sexe et du contexte sur le type de moyens vers lesquels se tourner, ainsi que sur la manière de puiser dans le répertoire d'action accessible.

Bien que ce n'était pas le sujet de la collecte de données, ces résultats coïncident avec les théories soutenant que le syndicalisme n'arrive pas pour l'instant à faciliter l'action à l'échelle locale pour

les groupes vivant des contraintes organisationnelles traversées de rapports sociaux de sexe (Boivin, 2021; Boivin et al., 2017; Kergoat, 1998; Kergoat et al., 1992; Trat, 2006). Malgré plusieurs variations, il reste que d'un syndicat à l'autre, le mode d'organisation reste similaire et celui-ci reproduit des éléments du contexte institutionnel qui ne convient pas nécessairement aux groupes subordonnés. Dans ces conditions, plusieurs se tournent vers des modes d'organisation alternatifs sans structure formelle, dont les actions sont fréquemment menées de manière individuelle.

Le rapport au syndicalisme des professionnel·les œuvrant dans un milieu institutionnel et syndiqué teinte également leur perception de ce qu'est l'action politique. En effet, on ne se considère pas nécessairement comme une personne militante ou comme un acteur politique lorsqu'on mène des actions individuelles. En comparant les actions locales et autonomes au travail d'une centrale syndicale ou au rôle de délégué·e syndical·e, les personnes interrogées ont tendance à dévaluer la valeur politique de leur démarche. Ils et elles associent généralement l'action politique dans le cadre du travail aux actions visibles, collectives et officielles que l'on voit plus traditionnellement lors de la négociation des conventions collectives. Ces prénotions ont pour effet de complexifier leur rapport au militantisme.

Le choix des actions individuelles et discrètes amène donc à réfléchir à la manière dont se déploie la défense des conditions de travail. C'est précisément le caractère invisible et discret de l'action politique des métiers relationnels qui caractérise le répertoire d'action du travail du *care*. Ce caractère informel donne ainsi l'impression qu'il s'y passe moins de choses que dans d'autres milieux où le contexte facilite davantage des actions collectives et visibles. L'intérêt de cette section est donc d'inviter à repenser la manière dont un répertoire d'action se déploie dans les groupes subordonnés à des rapports de pouvoir et dans lesquels la marge de manœuvre est réduite par le contexte. Le fait de démontrer l'ampleur des actions autonomes, individuelles et discrètes dans les métiers relationnels invite à considérer le militantisme au travail et dans le milieu institutionnel au-delà des limites du modèle syndical traditionnel et de l'appréhension de l'action collective uniquement dans les moments collectifs, visibles et extra-institutionnels.

5.1.4 Socialisation masculine et perception de l'ouverture politique

Le codage des entretiens a permis de remarquer que les personnes qui s'identifient comme hommes cisgenres dans les professions de soin ne semblent pas toujours évaluer les possibilités d'action de la même manière que les personnes qui s'identifient comme femmes. Dans un même contexte, les hommes choisissent souvent des modes d'action plus visibles et individuels. Alors que toutes les personnes qui s'identifient comme hommes ont souligné l'importance de la négociation et de la confrontation comme des moyens efficaces d'obtenir des gains personnels, seulement trois femmes l'ont mentionnée, dont deux ayant été soumises à des sanctions importantes. Les trois extraits suivants rapportent les discours d'infirmiers issus de régions différentes et cumulant plus de 10 ans d'expérience dans leur milieu de travail. Les extraits ont été sélectionnés pour illustrer les différents aspects qui ont été couverts durant leurs échanges avec d'autres professionnels.

Richard : « Quand j'ai des problèmes, en général je les adresse d'abord à ma gestionnaire, sinon je vais plus haut. Le truc c'est de pas tout le temps être dans la critique puis dans le chialage, c'est d'essayer d'être toujours axé sur la solution. Je revendique aussi, je chiale, je fais des rapports d'accident. Pourtant, j'ai une excellente relation avec tous mes gestionnaires. » (Suivi individuel en soins infirmiers, groupe 3)

Jérémie : « On doit souvent imposer un rapport de force pour obtenir nos petites choses comme une fin de semaine de congé, ce qui n'était pas le cas avant la réforme Barrette. On gérait ça entre nous, alors que maintenant c'est des mégastructures où ce n'est plus possible. Il y avait vraiment un souci de maintenir la relation de confiance entre gestionnaire et infirmier, alors que maintenant ils sont tellement pressés qu'ils en viennent à la menace pour nous faire rester. On est obligé tout le temps de faire des menaces nous aussi. » (Suivi individuel en soins infirmiers, groupe 5)

Nicolas : « J'ai travaillé avec des infirmières qui suggéraient des choses très simples depuis plusieurs années. Un mois après mon arrivée, je suis allé voir la gestionnaire parce qu'il y avait une problématique et j'ai fait la même suggestion. Deux semaines après c'était fait. Des fois il y a même des femmes gestionnaires qui soumettent des

choses, mais que ça va mieux passer si c'est moi qui le fais. C'est une pratique systémique. Moi j'ai travaillé avec plus de 40 psychiatres différents, je n'ai jamais eu de problème avec aucun d'eux, alors que des femmes collègues ont toutes des problématiques avec des psychiatres, masculins ou féminins, qui ne les prennent pas au sérieux. C'est vraiment frappant comment l'idée d'une collègue aura moins d'impact que si je la nomme. Je ne sais pas comment me mobiliser par rapport à ça, je ne veux pas faire à leur place ou leur nuire. » (Suivi individuel en soins infirmiers, groupe 3)

Dans les mêmes conditions, les hommes semblent davantage persister dans le même milieu de travail et dans leurs actions politiques, malgré les échecs vécus. Ils vont par ailleurs adapter leur répertoire en utilisant davantage l'action visible et individuelle face aux personnes en situation de pouvoir et en montant les échelons de la hiérarchie pour y porter leur demande et, ce faisant, obtenir des gains. Ce qui fait varier le choix de l'action est teinté ici par la place qu'ont les hommes dans les professions liées au soin, ainsi que par leur perception d'eux-mêmes (Dejours, 1988). Leur analyse des possibilités d'action est en ce sens souvent différente des autres personnes composant leur profession, même si les risques de sanctions sont également présents.

L'action individuelle et visible est une avenue plus facilement choisie par les hommes évoluant au sein des métiers relationnels étant donné que la structure des opportunités spécifiques leur rend cette option plus favorable. En bénéficiant d'une socialisation traditionnellement masculine et en étant perçu comme homme, l'accès aux sphères décisionnelles est facilité. Le conflit et la prise de parole dans l'espace public sont également mieux perçus. En ce sens, les hommes ont un plus grand degré d'ouvertures politiques et leurs actions ont un plus grand potentiel de réussite. La reconnaissance supplémentaire du milieu à l'égard de leur travail de même que la tendance plus marquée à se retrouver dans des rôles de pouvoir et de visibilité font en sorte que les lieux décisionnels leur sont plus accessibles.

Le statut social attribué aux hommes dans des professions de soin est potentiellement un facteur explicatif de leur aisance à agir ouvertement de manière politique. Devant une très grande fermeture, la socialisation masculine et le capital social qu'elle génère facilitent l'adaptation

tactique, le succès des démarches. En ce sens, le poids de la socialisation professionnelle qui pourrait y nuire en est diminué. On peut également l'expliquer par la plus forte tendance chez les infirmiers et travailleurs sociaux à monter dans la hiérarchie pour porter plainte, ce que Jules Falquet (2002) et Paola Tabet (1998) soulignent quant à la préséance des hommes dans des positions de pouvoir. Les données recueillies démontrent d'ailleurs la plus forte propension des hommes à occuper un poste de représentation dans les instances décisionnelles de leur milieu de travail ou de leur profession comme forme d'action politique.

Il importe finalement de souligner la reconnaissance des privilèges, que plusieurs d'entre eux ont soulevée. Plusieurs travailleurs sociaux et infirmiers constatent une disparité de traitement entre les personnes s'identifiant comme femmes et celles s'identifiant comme hommes, sans pour autant savoir comment la contester ou l'atténuer. Il s'agit d'une partie des relations de travail pour laquelle les gens peinent à identifier des leviers d'action. Étant causée par un phénomène structurel, la solution à cette iniquité ne se résume pas à une seule dimension ni une seule solution, de sorte que ces positionnements sont à la fois difficiles à aborder et ne se déconstruisent pas qu'avec l'action individuelle. Comme le montre le dernier extrait, certains professionnels utilisent consciemment leur privilège afin de produire un effet positif sur l'équipe de travail, ce qui aide à court terme, mais ne résout pas par ailleurs l'enjeu systémique derrière l'iniquité des traitements.

5.2 Passage à l'action collective

L'action collective dans les milieux de travail est la partie qui peut être le plus facilement documentée. Il s'agit des moments les plus visibles de militantisme et ceux qui sont généralement les plus couverts médiatiquement. Une grande partie de la littérature sur la contestation s'y consacre d'ailleurs, mettant tout particulièrement de l'avant l'action syndicale lorsqu'il est question de conditions de travail. La manière d'aborder la défense des conditions de travail des métiers relationnels au Canada et au Québec couvre tout de même un large spectre de courants théoriques, de sorte que le regard posé sur la manière de gérer ce qui fait problème en santé et en services sociaux pointe à la fois vers des modes d'action formels, informels, politisés et dépolitisés.

Les travaux de Linda Briskin (2012) se démarquent grâce à sa couverture des grèves infirmières ayant eu lieu au cours des 30 dernières années au Canada, ainsi que par sa proposition conceptuelle

de la politisation du soin (*politicisation of caring*). Les terrains réalisés auprès des métiers les plus défavorisés par leur positionnement sur l'échelle des qualifications, comme le travail de préposé·e aux bénéficiaires, abordent plutôt la syndicalisation, considérée comme le résultat d'un processus de mobilisation afin de faire reconnaître ses qualifications et sa valeur salariale (Boivin et al., 2017). Plus largement, plusieurs études menées ailleurs dans le monde documentent les mobilisations des métiers relationnels. En France, les travaux de Danièle Kergoat (1995, 1998), ainsi que ses travaux menés avec Françoise Imbert, Hélène Le Doaré et Danièle Sénotier (Kergoat et al., 1992), ont jalonné l'analyse des mobilisations autonomes des métiers relationnels comme les soins infirmiers. L'une de ses contributions majeures est d'avoir théorisé l'indissociabilité des rapports de production et de reproduction dans la compréhension des mobilisations des femmes pour de meilleures conditions de travail. Ce n'est en effet qu'à partir d'une réflexion en termes de rapports sociaux de sexe et de division sexuelle du travail que les mobilisations des femmes au travail peuvent être comprises. Aux États-Unis, les travaux d'Ester Apeso-Varano et de Charles Varano (2004), notamment, concluent que les mobilisations syndicales seraient plus rassembleuses en soins infirmiers si elles se concentraient sur la reconnaissance du caractère professionnel des soins infirmiers et sur l'amélioration de la qualité des soins pour les patient·es. La littérature sur les moyens d'action collective en travail social est moins fournie. Plusieurs textes portant sur le contexte organisationnel ou sur la pratique contemporaine du travail social appellent tout de même à l'action collective. Par ailleurs, il ne s'agit en général pas du sujet au cœur des recherches effectuées. Les travaux se concentrent plus souvent sur le caractère politique de certaines tâches, notamment dans le cadre de l'organisation communautaire. Cependant, l'action politique comme travail et l'action politique pour défendre ses conditions de travail ne sont pas des synonymes. À certains égards, il semble que ces deux types d'action sont souvent représentés comme les différentes manifestations d'un même phénomène.

Les exemples qui suivent montrent que la défense de droits comme fonction professionnelle d'une part, et comme enjeu de travail de l'autre, diffèrent à plusieurs égards. L'un n'est pas le substitut de l'autre. Par ailleurs, l'un peut aider l'autre. La défense de la qualité des soins est généralement mieux perçue socialement que celle des conditions de travail. En ce sens, plusieurs personnes justifient leurs actions en soulignant que de bonnes conditions de pratique sont essentielles pour

aider la population au meilleur de leurs capacités. Qu'il soit convoqué de manière consciente ou non, le caractère altruiste du travail du *care* aide à agir politiquement.

Plutôt que de se référer à la littérature sur l'action collective, d'autres études menées auprès du personnel infirmier au Québec parlent plutôt de stratégies de défense collective et de mécanismes de *coping*; des moyens qui ne sont donc pas nécessairement politisés comme l'humour, la collaboration, le partage des sentiments et l'investissement dans le travail afin d'obtenir une plus grande reconnaissance (Boivin-Desrochers et Alderson, 2014). Bien que réalisés à partir d'un cadre théorique différent, ces résultats de recherche ne sont pas sans faire écho aux réactions défensives théorisées par Vincent de Gaulejac dans son analyse de la réponse des travailleur·euses aux injonctions paradoxales (2010), ou encore à l'adoption de stratégies comme l'humour, documenté Pascale Molinier (2011). Ces mécanismes incluent également le clivage, l'acceptation passive et la métacommunication, soit l'échange verbal à propos des effets du système afin d'en réduire les éléments paradoxaux. Au-delà de la coordination des infirmières (Kergoat et al., 1992), les travaux qui abordent les stratégies de défense des conditions de travail ont donc tendance à mettre de l'avant des réponses syndicales ou des tactiques individuelles qui ne sont pas nécessairement politiques ou, du moins, qui ne sont pas ancrées dans la renégociation du rapport de force. La contribution de cette section de ma thèse à la littérature existante est de rendre visible la partie collective et autonome des actions menées dans les métiers relationnels par les équipes de travail locales. L'analyse de ce type d'action permet de complexifier le regard porté sur l'ampleur de l'action politique dans le cadre du travail, en soutenant l'idée que si l'action syndicale protège et améliore les conditions de travail sur plusieurs fronts, une partie du militantisme, fait de manière autonome et collective, agit également sur le contexte organisationnel et sur l'institutionnalisation des rapports sociaux.

La collecte de données a révélé l'existence d'un répertoire d'action collective commun au travail social et aux soins infirmiers. Le codage des entretiens a dénombré 19 types d'action, dont la moitié est issue du répertoire syndical traditionnel. À l'échelle d'un seul établissement, il semble y avoir peu d'actions collectives et peu de diversité dans le choix des tactiques. L'étude des actions menées depuis 2015 dans l'ensemble du Québec révèle toutefois une plus grande variété d'actions et un dynamisme constant. On y dénombre la grève, la formation entre collègues, la manifestation, la pétition, les rassemblements, le soutien entre collègues, la création de groupes autonomes, la

création de vidéos et d'actions visuelles, l'autodénonciation collective, les *sit-in* sur le milieu de travail, les blocages d'installation, la dénonciation collective, les conférences de presse, les *open-mic* lors de soirées organisées par des groupes autonomes, les lettres ouvertes collectives et les mémoriaux, les *march on the boss* (confrontation collective des cadres, expliquée dans le chapitre six), l'usage des médias sociaux pour rendre visible des actions et l'organisation de conférences. Ces actions, souvent peu couvertes dans les médias traditionnels, sont plus facilement retraçables grâce aux médias sociaux et à la création de groupes virtuels de professionnel·les. Les entretiens de groupes réalisés en ligne ont en ce sens été une occasion de partager des pratiques militantes, de sorte que les participant·es apprenaient les tactiques réalisées dans d'autres régions et établissements.

Dans cette section seront traitées différentes formes de dénonciation collective. Ces cas ont été sélectionnés pour leur originalité et leur portée dans les deux professions analysées. Elles permettent également de distinguer des éléments du passage à l'action en soins infirmiers et en travail social. Ces exemples informent plus largement sur les éléments qui facilitent la mobilisation collective au sein des métiers relationnels, ce dans un contexte institutionnel en changement. Suivant l'entrée en vigueur de la loi 10 et de ses effets perçus par les employé·es, la dénonciation a été davantage utilisée, soit comme mécanisme de survie, soit par besoin de justice ou par devoir éthique. Au-delà du contexte, il semble également que la préséance de la dénonciation individuelle et collective dans le répertoire d'action des métiers relationnels s'explique par leur fonction de soin, d'accompagnement et de protection.

5.2.1 Actions autonomes collectives : la dénonciation

La dénonciation est l'une des formes d'action les plus médiatisées des dernières années dans le milieu de la santé et des services sociaux. Plusieurs articles de journaux et émissions radiophoniques et télévisuelles couvrent des prises de parole publiques et anonymes de professionnel·les qui dénoncent les conditions de travail ne permettant pas d'accompagner adéquatement les patient·es. Dans le même mouvement, des acteurs et actrices de la société civile, des professionnel·les, des groupes autonomes et des syndicats ont dénoncé l'omerta en santé et en services sociaux (Chouinard, 2020; Daigneault, 2019; Rédaction Laval, 2020). L'omerta associe le cadre institutionnel à une loi du silence qui pénalise ceux et celles qui s'expriment à la défaveur du

système. Différents acteurs ont à ce titre soulevé l'importance de la dénonciation, mais également des coûts qui lui sont associés. La dénonciation est une action qui est largement répandue, à un point tel que le gouvernement du Québec et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) ont reconnu l'urgence de la situation et lancé chacun en 2020 une plateforme de dénonciation confidentielle afin de recueillir les témoignages des professionnel·les (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), 2020; Ministère de la santé et des services sociaux, 2020). Pour la FIQ, l'objectif était de rendre rapidement publiques les dénonciations, de sorte à lancer une alerte auprès de la population et des médias, sans répercussion négative pour l'employé·e. Bien que la ministre responsable de la mise en place de la plateforme gouvernementale ait souligné que celle-ci visait à « mettre fin à l'omerta et [opérer] un changement de culture organisationnelle » (Chouinard, 2020), la FIQ doute des actions qui seront ensuite prises par le gouvernement (FIQ, 2020). L'instauration de ces plateformes, une première au Québec, témoigne de l'ampleur de la peur de représailles lorsqu'un·e professionnel·les dénonce une situation jugée problématique dans son milieu de travail. L'étude d'Amélie Perron, Caroline Dufour, Emily Marcogliese et Marilou Gagnon (2020) démontre l'utilité de plateformes telle que celle qui a été développée par la FIQ pour relayer des réalités souvent omises ou négligées. Ces plateformes de dénonciation témoignent du besoin des professionnel·les d'avoir leur avis professionnel pris en considération.

Si ces moyens permettent en effet de canaliser une partie des dénonciations, les professionnel·les rencontrés doutent toutefois de leur efficacité. Plusieurs préfèrent ainsi diffuser leurs dénonciations à travers les plateformes numériques publiques et journalistiques ou encore, tel que détaillé ci-bas, développer des moyens autonomes de dénonciation collective. Il semble d'ailleurs que ces moyens autonomes facilitent la dénonciation liée aux conditions de travail et non pas seulement aux bien-être des patient·es. Parmi les options répertoriées, on note la création des livres noirs des urgences du Québec, l'autodénonciation collective auprès de l'ordre professionnel, la publication de lettres ouvertes collectives dans des journaux et l'usage de pétitions.

Le cas des livres noirs en soins infirmiers et celui des lettres ouvertes en travail social sont utilisés afin d'exemplifier les manières dont se déploie cette dimension de leur répertoire. Les extraits qui suivent en décrivent l'usage par des personnes interrogées.

Caroline : Il y a eu un comité dans mon établissement pour évaluer la charge de travail des infirmières suite à une plainte qui a été déposée, mais ça menait absolument nulle part. On a eu l'idée de demander à tout le monde d'écrire ce qu'elles vivaient. Ça prend 10 minutes et c'est fait. On ne peut pas demander des choses qui prennent du temps aux infirmières, fait que ça prend beaucoup de créativité. [...] En une semaine on a ramassé 50 témoignages qu'on a anonymisés. À la réunion suivante du comité, on a montré le livre noir au comité sur la charge de travail. Le syndicat était comme « qu'est-ce que vous avez fait là ? ». La réponse de la grande gestionnaire à ce moment-là ça a été « ah mon Dieu vous êtes émotives à cause de la grippe, vous êtes fatiguées ». C'est là que le livre est parti à Radio-Canada et qu'on a reçu une couverture médiatique importante. (Entretien individuel, représentante de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers)

Mario : Pour moi, les lettres ouvertes c'est faire du travail social, il faut décrire l'impact de l'environnement et des structures sur nous. Quand on a écrit le premier texte, on était rendu à 28 % d'augmentation des congés de maladie, c'est extrêmement grave. [...] Le militantisme est très difficile pour moi psychologiquement parce que s'adresser directement au pouvoir, ça crée de l'anxiété, surtout quand on entend parler d'omerta. Un syndicat qu'on est allé voir nous déconseillait même de nous identifier à cause du devoir de loyauté. On a donc fait une lettre qui a rassemblé 25 signatures comprenant des praticiens, des professeurs et des chercheurs. Je paraphrase Monique Bégin, une des premières ministres de la Santé et du Bien-être social, qui a dit « Soyez un peu plus délinquant pour plus de justice sociale, tant de gens comptent sur vous ». Qu'est-ce que ça veut dire être un peu plus délinquant, est-ce à dire que c'est de nommer les choses? C'est complètement malade. (suivi individuel en travail social, groupe 3)

Dans ces extraits, les participant·es identifient la limite des mécanismes institutionnels accessibles pour traiter les besoins des équipes de travail, ce qui entraîne ensuite l'usage de modes collectifs, autonomes et publics de dénonciation. Cette séquence implique donc que pour un même enjeu, plusieurs actions différentes sont menées. Le moment où l'action autonome est envisagée se veut une réaction à la fermeture relative de la structure des opportunités spécifiques (Berclaz et Giugni, 2005). Parmi les freins institutionnels cités, on retrouve la difficulté à s'exprimer librement et à nommer leurs limites et leur opinion professionnelle si celle-ci est divergente ou si elle remet en question les directives de l'établissement qui les emploie.

L'étude de Perron et al., (2020) explique le recours à des canaux externes par manque de confiance envers l'employeur. Mettant de l'avant la dimension psychologique qu'implique l'enjeu de la dénonciation, l'étude souligne que le climat de travail et le sentiment d'appartenance sont des éléments qui influencent l'aisance à s'exprimer dans le milieu ainsi que le niveau de confiance envers les mécanismes internes de dénonciation. L'analyse structurelle et culturelle de cette thèse indique que la prise de parole en groupe et à l'extérieur des canaux officiels est utilisée parce que les mécanismes formels de l'organisation ne permettent pas de régler la situation en raison du fait qu'ils sont difficiles d'accès et qu'ils peuvent mener à des représailles. La collectivisation de la dénonciation permet de réduire la peur de représailles individualisées et facilite le partage du vécu.

Usage du patient pour passer à l'action

Plusieurs personnes interrogées ont également indiqué se sentir plus à l'aise de cadrer leurs actions en termes de justice sociale et de qualité des soins, plutôt qu'à partir d'un argumentaire concernant leurs conditions de travail. L'argumentaire axé sur les actions est donc généralement relié à l'importance de prendre soin et d'être en cohérence avec les valeurs de défense des plus vulnérables au sein de leur profession (Briskin, 2012; Tronto, 2015). La défense des patient·es est généralement plus facilement acceptée comme raison de perturber le milieu de travail étant donné que l'*advocacy* fait partie du mandat professionnel du travail social et des soins infirmiers. Bien que le *care* puisse être perçu comme un inhibiteur de mobilisation, l'étude du phénomène de la dénonciation indique qu'il peut en fait légitimer tout à la fois la défense des conditions de travail et la qualité des soins. Cette séparation entre motifs d'action a d'ailleurs fait l'objet de réflexions au RECIFS, un regroupement autonome de personnes en intervention psychosociale. Un de leurs objectifs était

d'amener un discours entre professionnel·les selon lequel de bonnes conditions de travail sont nécessaires pour faire adéquatement un travail d'intervention psychosociale. Ce discours reste par ailleurs marginal, plusieurs personnes craignant de nuire aux patient·es en se mobilisant pour leurs conditions de travail. Une personne rencontrée se disait même mal à l'aise d'accepter une hausse salariale, alors que ces fonds pourraient, selon elle, aller à des services à la population.

Bien que la logique reliant le registre d'action pour les patient·es à celui pour les conditions de travail soit marginal, sa présence indique que le *care* n'est donc pas nécessairement un obstacle au passage à l'action; il peut aussi être une ressource contribuant à légitimer la dénonciation d'une situation qui nuit aux patient·es, à la mission de soin et aux praticien·nes. En présentant leurs récits personnels dans des livres noirs, par exemple, les infirmier·ères dénoncent collectivement la responsabilité des institutions quant à la sécurité en milieu hospitalier ainsi que le manque de reconnaissance des conditions nécessaires pour bien effectuer son travail. Dans un contexte qui diminue autant l'accès aux soins que la marge de manœuvre professionnelle, la dénonciation collective permet de rester en cohérence avec l'éthique professionnelle tout en jouant un rôle politique dans le cadre de sa pratique professionnelle.

L'une des différences notables entre les modes de dénonciation des deux professions à l'étude est le rapport aux médias et à l'opinion publique. Qu'il s'agisse de dénonciations individuelles ou collectives, les personnes en travail social craignent plus souvent que celles en soins infirmiers que leur message soit mal reçu par la population à cause d'un moins grand capital de sympathie à leur égard. Il s'agit d'une clé pour comprendre le choix de tactique de dénonciation. Les groupes en travail social interrogés ont tous discuté du manque de sympathie à leur égard à cause de l'image de « voleuse d'enfants » qui est assez diffusée dans la société québécoise à l'égard du travail social :

« Il y a une incompréhension dans la population de l'utilité d'un travailleur social, comme si on servait à rien à part vider des lits à l'hôpital et arracher des enfants à des familles. C'est notre image publique. » Jacinthe (Entretien de groupe 4, travail social)

« L'opinion publique associe le travail social aux méchants de la DPJ ou aux méchants Boubou Macoutes de l'aide sociale. En général, monsieur, madame Tout-le-Monde ne

sait pas ce que ça fait dans la vie un travailleur social tant et aussi longtemps qu'ils en ont pas besoin. »²⁶ Denise (Entretien de groupe 1, travail social)

Tel qu'indiqué dans ces extraits, les groupes ont également mis le doigt sur un élément important qui nuit au recours au public dans la défense du travail social : les personnes qui font appel au travail social sont vulnérabilisées et en souffrance. Cet état continue d'être connoté péjorativement dans notre société – soutenir ouvertement les services psychosociaux implique donc de mettre à jour le besoin d'y recourir. Les personnes qui bénéficient de services psychosociaux publics n'ont également pas nécessairement l'énergie, le sentiment de sécurité et les ressources pour les soutenir ouvertement. Ce faisant, le recours à la dénonciation publique et l'attente du soutien de la population sont moindres lorsqu'il s'agit de défendre le travail social. Alors que les sorties médiatiques des infirmier·ères puisent largement dans leur expérience individuelle, les lettres publiées collectivement en travail social vont généralement s'appuyer sur la littérature scientifique et sur l'endossement de leur lettre par des chercheur·euses, de sorte à légitimer leur prise de position publique.

5.3 Conclusion de chapitre

La progression des changements institutionnels pointant vers la biomédicalisation, la nouvelle gestion publique et le désinvestissement public dans le secteur de la santé et des services sociaux du Québec modifie le rôle et l'approche de l'État dans le domaine de la santé. Ces transformations ont pour effet de nuire aux conditions de travail des professionnel·les et à leur capacité de se mobiliser pour les défendre.

²⁶ Le nom Boubou Macoute a servi à désigner les agent·es de l'aide sociale dont le mandat était de débusquer des personnes qui pourraient avoir des pratiques contrevenant aux injonctions des programmes d'aide sociale du Québec. Le nom « Boubou » fait référence au surnom de Robert Bourrassa qui était au pouvoir à l'époque. Le nom « Macoute » fait quant à lui référence aux Tonton-Macoutes, des milices paramilitaires mises en place par François Duvalier en Haïti. Ces milices avaient des pratiques violentes, meurtrières et inconstitutionnelles à l'égard des citoyens et citoyennes. Les Boubou Macoutes pouvaient intervenir dans la vie des prestataires d'aide sociale à n'importe quel moment sans qu'une plainte n'ait été faite à leur égard. Les pratiques impliquaient, notamment, des visites impromptues au domicile et des appels à la famille pour vérification. La pratique d'entrer sans permission chez une personne prestataire pour l'inspecter a été jugée inconstitutionnelle et a été interdite en 1986 grâce à la mobilisation de l'Organisation populaire des droits sociaux (OPDS) et grâce à la poursuite que leur militante Aline Gendron a menée jusqu'en Cour supérieure (Berger, 1990 ; OPDS, 2023).

La précarisation des conditions de travail, l'asymétrie de reconnaissance et le manque d'accès aux espaces décisionnels affectent tout particulièrement la possibilité d'agir des personnes en travail social et en soins infirmiers. Ces conditions sapent la capacité à identifier l'enjeu qui pose problème, la manière de le résoudre et l'instance pertinente à interpeller. Plus encore, le mode de gestion donne lieu à des formes de violences organisationnelles qui provoquent chez les professionnel·les de l'épuisement, de la colère, de la peur et un sentiment de surveillance constante.

De même, l'institutionnalisation des rapports sociaux de sexe a pour effet de placer les métiers relationnels dans une position subordonnée, à partir de laquelle il est difficile de se mobiliser sur le plan politique. Les moyens utilisés sont donc souvent de faible ampleur, individuels, locaux et discrets. Bien que la plupart des personnes interrogées aient une vision critique des rapports sociaux de sexe, les actions menées n'abordent que rarement les manières dont ces rapports structurent l'organisation du travail.

Lorsque questionné·es sur ce qui cause les problèmes dans le milieu de travail, les personnes en travail social interrogées semblent faire une analyse plus développée des enjeux structureaux. J'explique ce phénomène par les compétences développées durant la formation en travail social et par les attentes quant au type d'évaluation exigée pour effectuer leur travail auprès de la population. Ces aptitudes se transposent d'ailleurs dans leur répertoire d'action, ce qui donne lieu à la publication d'un plus grand nombre de lettres ouvertes. Par ailleurs, cette tendance de leur répertoire limite la combativité et la possibilité d'élargir la lutte à un plus grand nombre de collègues.

Les soins infirmiers se distinguent du travail social par un milieu plus hiérarchisé et caractérisé par un accès complexe aux sphères décisionnelles. Les contraintes institutionnelles qui pèsent sur le travail social semblent moins clairement formalisées. Cette variation dans le nombre et dans la clarté des contraintes institutionnelles limite davantage la possibilité d'agir des personnes évoluant en soins infirmiers. Cette variation pourrait aussi expliquer, en partie, le répertoire d'action plus ouvertement contestataire des soins infirmiers, qui comprend notamment le blocage d'un pont, des *sit-in* et des « livres noirs » dans lesquels les exemples sont plus crus et les revendications plus drastiques. L'intensité constatée en soins infirmiers fait directement écho aux travaux de Charles

Tilly (1978, 1995), selon lesquels une structure d'opportunités fermée alimente le recours à des modes d'action plus transgressifs.

En regard de l'analyse effectuée, la préséance d'actions autonomes et locales au sein des métiers relationnels s'explique également par le poids différencié des rapports sociaux de sexe sur les professions, ce dans un contexte institutionnel plutôt fermé. Les façons traditionnelles d'appréhender l'action politique au travail sont trop axées sur des organisations formelles comme les syndicats pour capter le militantisme décrit par les personnes interrogées, tandis que la littérature sur les mouvements sociaux reste encore concentrée sur le modèle androcentré des grandes mobilisations de masse visibles (Bereni et Revillard, 2012a, 2012b, 2018; Messing et Mergler, 1993; Taylor et Leitz, 2010). Reposant souvent sur le postulat implicite selon lequel les rapports sociaux de sexe n'ont pas une influence systématique sur les mobilisations, l'analyse de l'action collective limite encore trop souvent son champ de vision à la partie la plus évidente du militantisme (Dunezat, 2006; Kergoat, 1995; Kuumba, 2001). Mes résultats révèlent au contraire la vitalité du militantisme intra-institutionnel des métiers féminisés, qui développent un répertoire des actions autonomes et locales qui leur est propre.

Bien que la mobilisation soit confrontée à de nombreux obstacles, elle se traduit tout de même par de nombreuses retombées positives. Les personnes interrogées qui se mobilisent dans le cadre de leur emploi en soins infirmiers ou en travail social constatent que leur militantisme solidarise, politise, informe, améliore les conditions de travail et limite la défection par la démission ou l'arrêt de travail. De même, alors que la reproduction d'éléments de socialisation liés aux rapports sociaux de sexe dans le cadre du travail du *care* pourrait être perçue comme une limite à l'action collective, cette thèse démontre que cette reproduction peut en fait devenir ce qui la propulse. Les valeurs d'accompagnement, de soin et de défense des plus vulnérables, propres à l'éthique du *care*, sont utilisées comme levier non seulement pour protéger les patient·es, mais également pour assurer des conditions de travail qui permettent cet encadrement. Sans déconstruire complètement les asymétries genrées dans le travail, des caractéristiques de la division sexuelle du travail comme l'attention à l'autre aident à justifier l'action politique dans l'institution qui les emploie. Du même coup, ces démarches servent à faire reconnaître les qualifications nécessaires pour effectuer ce travail de soin et d'accompagnement.

CHAPITRE 6

IDENTITÉ COLLECTIVE

Alors que les chapitres précédents ont pris pour point de départ les effets du contexte sur le passage à l'action dans les métiers relationnels, le présent chapitre aborde l'impact de la culture sur le processus de mobilisation en soins infirmiers et en travail social. Bien que l'identité soit maintenant largement prise en compte en sociologie des mouvements sociaux, le principal défi réside dans la difficulté de l'observer et de l'étudier empiriquement. Les entretiens effectués dans le cadre de cette thèse ont eu l'avantage d'explorer de manière collective et individuelle la perception que les professionnel·les de métiers relationnels ont de leur travail, de leur activité politique et de celle de leurs collègues. Les entretiens de groupe rendent compte de référents culturels communs ainsi que des lacunes identifiées comme freins à l'action politique. Par ailleurs, l'analyse de la perception individuelle et collective ne permet pas de dresser un portrait complet de ce que l'identité professionnelle et militante implique pour le travail social et pour les soins infirmiers au Québec. La variabilité que peuvent induire la subjectivité personnelle et le milieu de travail apporte trop de nuances pour prétendre à un portrait exhaustif des professions à l'étude. L'identité n'est ni fixe, ni immuable, ni complètement généralisable. Plutôt, elle est multidimensionnelle et se module continuellement selon des variables liées à la subjectivité individuelle, au groupe et au contexte (Flesher Fominaya, 2010). On retrouve tout de même certaines tendances qui peuvent être recoupées à partir des témoignages et qui sont observables dans plusieurs actions documentées. Il a ainsi été possible de brosser un portrait de l'impact de l'identité ainsi que de sa composante sexuée sur le passage à l'action des métiers relationnels. Ce chapitre détaille donc les manières dont l'action politique institutionnelle prend forme à travers trois composantes de l'identité collective : 1) le choc moral comme composante émotionnelle facilitant l'action individuelle, 2) le réseau social comme facilitateur du passage à l'action collective, et 3) l'impact du processus de délimitation (*boundary work*) sur la construction d'une identité collective.

En regard du terrain effectué, ce chapitre soutient que la clarté de l'identité professionnelle et de sa composante politique structure la capacité et les manières de politiser les conditions de travail. Il soutient également que l'action aide à structurer l'identité collective. L'identité est donc à la fois structurante et structurée. Pour décrire la manière dont l'identité structure l'action, j'utilise

l'expression « identité plus clairement définie », qui désigne l'intensité par laquelle l'identité professionnelle résonne à la fois chez l'individu et dans sa pratique professionnelle. La clarté de l'identité renvoie également à la capacité de se rassembler autour de référents identitaires. Grâce à une démonstration empirique, ce chapitre contribue à comprendre la manière dont plusieurs identités interagissent au sein des mouvements sociaux (Polletta et Jasper, 2001). En s'intéressant aux actions effectuées par les individus et aux regroupements peu formalisés de professionnel·les, ce chapitre contribue également à documenter le rôle de l'identité collective dans les mobilisations informelles (Flesher Fominaya, 2018) et à préciser la manière dont les rapports sociaux de sexe structurent l'identité professionnelle et l'action politique.

6.1 Retour définitionnel et débats conceptuels

Le concept d'identité collective a été développé en sociologie des mouvements sociaux en regard des théories qui ne tenaient pas suffisamment compte, selon plusieurs chercheur·euses, des composantes psychologiques, émotionnelles et culturelles des mouvements sociaux (Flesher Fominaya, 2010; Polletta et Jasper, 2001; Snow, 2001). La conceptualisation de l'identité collective reste à ce jour sujette à débat et difficile à cerner clairement, donnant souvent lieu à des définitions et à des analyses floues (Flesher Fominaya, 2010, Snow, 2001). Selon Cristina Flesher Fominaya (2010, 2018), l'identité collective est un processus à la fois individuel et collectif. Elle doit par ailleurs être intégrée par l'individu, c'est-à-dire que l'identification au groupe doit faire partie de la conception de soi et de la subjectivité individuelle. En même temps, pour construire et maintenir l'aspect collectif de l'identité, les facteurs identitaires (comme le sentiment d'appartenance et le partage d'émotions ou de symboles) doivent se retrouver dans les interactions entre membres d'un groupe. C'est une conception qui diffère, par exemple, de celle de Francesca Polletta et James Jasper (2001), selon qui l'identité collective se retrouve dans la perception individuelle de l'appartenance à un groupe, ou encore de la définition employée par Nancy Whittier (1995), qui soutient que l'identité collective se constate dans l'action collective et dans les interactions.

Plusieurs implications de la définition de Flesher Fominaya sont pertinentes pour mon travail. Parmi celles-ci, retenons l'idée que si l'identité s'érige partiellement à partir de construits sociaux qui précèdent l'identité collective militante (femme, pauvre, etc.), la construction identitaire est dès

lors processuelle et se joue également dans l'interaction. Le fait que le travail soit un élément politisé facilitant l'action collective relève, en partie, d'éléments processuels qui participent à l'identité collective : la socialisation professionnelle, le sentiment d'appartenance, le partage de codes et de symboles communs et certains mécanismes, dont la délimitation. L'identité collective est plus facilement développée par le partage du quotidien et de référents historiques communs. Pour les professions à l'étude, le partage des réflexions sur l'organisation du travail, sur la division sexuelle du travail dans leur milieu, sur la reconnaissance du travail du *care* (qui n'est par ailleurs pas nécessairement articulé de leur part en termes féministes) et sur ce qu'impliquent les représentations stéréotypées qui leur sont apposées, telles que la sauveuse ou l'ange gardien, sont essentielles. Et là encore, les personnes d'une profession ne la partagent pas toutes au même degré ni de la même manière.

Bien que la définition de Polletta et Jasper (2001) ne soit pas retenue ici, leur catégorisation des rôles de l'identité collective guide l'organisation de la suite du chapitre. Polletta et Jasper critiquent l'usage soit trop flou, soit trop pointu, de l'identité collective. Afin de discerner les variations de la forme et de la place de l'identité collective au sein des mouvements sociaux, leur article se divise selon les effets de l'identité sur l'émergence du mouvement, le recrutement, les tactiques et les résultats. Les sections qui suivent reprennent une division similaire pour détailler des initiatives structurées par l'identité collective professionnelle et ses composantes sexuées et politiques. Le premier cas, celui du passage à l'action par le choc moral, décrit l'identité comme un facteur qui déclenche le passage à l'action. Le second exemple, portant sur l'influence du réseau social, se concentre davantage sur la dimension identitaire du recrutement et de la mobilisation. Le dernier exemple montre enfin que l'action peut également structurer l'identité collective.

6.2 Identité collective, socialisation professionnelle et représentations sociales genrées

Parmi les différents facteurs qui pèsent sur l'identité collective, l'historique du mouvement ainsi que le travail de socialisation qui y est attaché sont déterminants (Benford et Snow, 2000; Flesher Fominaya, 2018). Les personnes qui composent les mouvements doivent partager des référents communs, soit des valeurs, des idées, des fonctionnements et des connaissances historiques, notamment. C'est en apprenant l'histoire militante du groupe et en intégrant ses pratiques que l'individu développe un sentiment d'appartenance au collectif :

« [...] in order to capture the way collective identity works to define insiders and outsiders and to sustain cohesion in social movements, paying attention to history and culture is important. [...] New members [...] need to be socialized into that history and those meanings in order to truly belong. » (Flesher Fominaya, 2018, 411)

La littérature consultée aborde par ailleurs les référents historiques et culturels comme des éléments formellement et volontairement diffusés afin de recruter de nouvelles personnes dans un mouvement social. Même dans le cas des études sur les groupes qui se distinguent par un anticonformisme, tel qu'*Anonymous* (Flesher Fominaya, 2018), le partage des valeurs et des référents est présenté comme un processus clair et volontairement suivi. Dans le cas des mobilisations au sein des professions féminisées, ces points communs sont plus difficiles à cerner. Il s'agit d'un milieu politiquement peu structuré, dans lequel l'identité professionnelle ne semble pas consolidée pour tous les membres et où les référents politiques historiques ne sont pas largement diffusés. De plus, les changements organisationnels présentés dans le chapitre précédent, tels que la mobilité du personnel, ont pour effet de précariser ces moments de partages, offrant ainsi peu d'espaces pour la socialisation militante. L'espace syndical est quant à lui souvent peu investi, vu comme difficile d'accès et peinant à rejoindre les membres. Dans un tel contexte, quel rôle joue l'identité collective dans le processus de mobilisation?

Les données recueillies montrent tout d'abord que la construction de l'identité militante dans les métiers relationnels comme les soins infirmiers et le travail social est indissociable de la manière dont s'effectue la socialisation professionnelle. L'analyse révèle ensuite que le manque de clarté du rôle politique des professionnel·les, le manque de clarté à l'égard de ce qui distingue la profession d'autres métiers et la prégnance d'éléments relevant de la division sexuelle du travail nuisent à la construction identitaire professionnelle.

Les groupes de discussion ont unanimement parlé de ce que les représentations sociales font à leur capacité à se définir comme acteurs et actrices politiques dans le cadre de leur profession. La tendance à réduire les métiers relationnels à des gestes techniques influence à la fois la manière de se construire individuellement et collectivement, mais également la possibilité d'être perçu comme un groupe professionnel et politique. À long terme, cette tendance à la déqualification a comme effet indirect de nuire à la reconnaissance des métiers relationnels, et donc, de rendre plus difficile leur intégration aux espaces décisionnels. Ce qui vient compenser ces lacunes de socialisation et le

poids des perceptions externes relève de la clarté identitaire individuelle et de la solidité des liens du réseau social.

6.2.1 Socialisation, clarté de l'identité professionnelle et capacité à la politiser

Le terrain effectué indique que l'intégration de l'identité professionnelle et de sa composante politique est plus forte en soins infirmiers qu'en travail social. La différence repose sur le fait que les valeurs et les normes sont plus clairement intégrées du côté des soins infirmiers. Aucune des personnes interrogées issues de cette profession n'a affirmé ne pas savoir ce qui distingue sa profession des autres, ne pas connaître sa place dans une équipe de travail ou encore quelles tâches ne lui reviennent pas. Quand ils et elles acceptent davantage de responsabilités que ce qui devrait leur revenir, c'est en connaissance de cause, en raison notamment des hiérarchies auxquelles ils et elles doivent répondre. Les personnes en soins infirmiers mentionnent par ailleurs fréquemment que les autres professionnel·les de l'institution ainsi que le public ne soupçonnent pas l'ampleur de leurs connaissances et de leurs tâches.

Dans tous les entretiens de groupes effectués en travail social, par ailleurs, la difficulté à définir sa profession et son mandat est constamment identifiée comme un problème d'ordre individuel et collectif. Le manque d'assises identitaires en travail social est d'ailleurs documenté par des travaux antérieurs (Crête et al., 2015; Crête, 2019). Les répondant·es expliquent cette difficulté à la fois par la formation, par le manque d'encadrement de l'ordre professionnel et par le manque de connaissance de l'histoire professionnelle et politique du travail social. Plusieurs peinent à différencier les injonctions du milieu de leur rôle professionnel.

« Le travail social est très jeune et mal défini. La plupart de mes collègues ne peuvent pas me résumer en un paragraphe c'est quoi notre rôle professionnel. » (Gabriel, suivi individuel en travail social, groupe 2)

« On n'a tellement pu de contrôle sur notre travail qu'on finit par se concentrer sur les tâches techniques. Si je suis avec un jeune qui a des problèmes d'aide sociale, je n'ai pas à téléphoner pour lui. C'est en parlant pour l'équiper à téléphoner lui-même que je fais du travail social, pas en passant un appel. Mais on finit par oublier la différence. » (Catherine, suivi individuel en travail social, groupe 5)

« Les infirmières ont une identité professionnelle plus solide que nous et c'est pour ça qu'elles se mobilisent. Les TS ne se mobilisent pas parce qu'ils ne savent pas ce qu'ils devraient faire. Quand est-ce que je devrais me révolter alors? » (Jacques, suivi individuel en travail social, groupe 1)

« C'est plus difficile qu'en construction de développer un rapport de force parce qu'on accorde moins de crédit à la parole aux femmes. Il y a plus de barrières à la mobilisation. » (Simone, Entretien de groupe 2, travail social)

Si plusieurs personnes en soins infirmiers ont par ailleurs mentionné les lacunes de l'enseignement de l'histoire syndicale et militante de leur milieu au cours de leur formation, cette histoire est tout de même connue puisque beaucoup d'entre eux et elles affirment l'avoir vécu par l'entremise de leur famille. Au-delà de leur formation scolaire, plusieurs personnes en soins infirmiers ont une trajectoire familiale dans laquelle on retrouve des personnes ayant fait carrière dans la même profession. Les personnes interrogées se rappellent ainsi d'histoires sur les enjeux des soins infirmiers, sur l'ambiance du milieu de travail et sur les grèves, racontées dès l'enfance principalement par la mère, les tantes ou les sœurs. Les changements de pratiques et de rythme ou encore les tactiques utilisées, les gains et les pertes des soins infirmiers sont donc généralement mieux diffusés, intégrés et utilisés. L'importance de la transmission des connaissances professionnelles par filiation ne se retrouve pas en travail social : seulement une personne interrogée sur vingt a mentionné une trajectoire similaire.

La socialisation professionnelle, dans le cas des personnes en soins infirmiers, se fait donc souvent au-delà de la formation scolaire et de l'emploi, en mêlant socialisation personnelle et professionnelle. L'attachement à la profession, les valeurs qui la portent et les tâches qui lui reviennent sont en ce sens plus clairs en soins infirmiers que pour d'autres métiers. De même, cette forme de socialisation permet de former une vision professionnelle à partir d'autres référents que ceux de l'institution dans laquelle le métier est appris. Cette solidité de l'identité professionnelle et cette connaissance des pratiques politiques antérieures facilitent le développement du volet politique de l'identité professionnelle et ce faisant, le passage à l'action. Soulignons par ailleurs que le passage à l'action politique en soins infirmiers survient généralement après plusieurs tentatives d'amélioration des conditions d'exercice à travers des rencontres avec des gestionnaires ou après

avoir essayé différentes stratégies de survie comme la prise de congé plus fréquente ou encore l'arrêt de travail.

6.2.2 Effets des représentations sociales sur la construction identitaire professionnelle

L'ensemble des groupes effectués soulignent également le poids de l'historique genré des professions sur la socialisation professionnelle et militante. À leur manière, tous les groupes ont discuté des freins à la reconnaissance et à l'action politique que pose l'historique des professions du *care* qui sont dévaluées institutionnellement et socialement. Les principales représentations sociales que l'on retrouve à l'égard des métiers relationnels tendent à maintenir le travail social et les soins infirmiers dans une position reproduisant la hiérarchie entre travail naturalisé et salarié, entre travail invisible et visible, par laquelle le soin et l'attention à l'autre sont considérés comme des tâches allant de soi. Ces représentations s'intègrent à la perception générale des métiers relationnels. D'une part, elles se mêlent à certains aspects de la socialisation professionnelle et au regard individuel que l'individu porte sur sa propre profession. D'autre part, elles s'intègrent au rapport entre l'institution et les employé·es dont le travail relève du *care*, ainsi qu'à leur rapport au politique. La section qui suit détaille l'effet des représentations stéréotypées des métiers relationnels sur leur développement identitaire et militant.

L'ange gardien

La figure de l'ange gardien employée par le gouvernement du Québec durant la pandémie de COVID-19 pour souligner l'apport des métiers relationnels à l'ajustement social en pandémie en est un bon exemple. Le terme « ange gardien » a principalement été utilisé pour parler des personnes en soins infirmiers et des préposé·es aux bénéficiaires. Plus largement, elle a désigné le personnel en milieu hospitalier, en CHSLD, en centre de la petite enfance et en milieu scolaire, ciblant donc les emplois féminisés. L'expression a ensuite été largement reprise par les médias, les employeurs et la population²⁷.

²⁷ Dans le cadre de mobilisations pour la régularisation du statut de plusieurs employé·es de la santé et des services sociaux ayant travaillé durant la pandémie, la représentation de l'ange gardien a été utilisée pour rendre visible la valeur des personnes qui sont menacées d'être expulsées du Québec. Il s'agit de l'une des mobilisations les plus visibles

Plusieurs référents culturels sont implicitement mobilisés dans cette utilisation « d'ange gardien » pour qualifier le personnel de la santé. L'ange gardien réfère tout d'abord à une entité bienveillante qui assure la sécurité d'autrui et protège sans rien exiger en retour, peu importe où et comment il est sollicité. L'ange gardien, tout comme le héros ou l'héroïne, est en quelque sorte hors du monde, au-delà des besoins de bases humains et de leurs limites. Cette figure rappelle également l'historique catholique de dévotion fondant la pratique de plusieurs métiers féminisés.

En liant la représentation des métiers relationnels comme les soins infirmiers à celle de l'ange gardien, le gouvernement réactive en même temps tout un appareil de stéréotypes et d'attentes envers des professionnel·les travaillant dans les services publics et dont le salaire dépend donc de l'État. Le contexte de la COVID-19 a fait en sorte que tous les secteurs féminisés ont été sollicités; les écoles primaires ont été parmi les seuls établissements à rester ouvert malgré les vagues d'infection et le niveau de contagion. Plusieurs services médicaux ont été délestés, donc annulés, afin de libérer plus d'espaces et de personnel aux interventions liées à la COVID-19. Ce faisant, plusieurs professionnel·les ont été contraints d'effectuer des tâches auxquelles on les assignait, indépendamment de leur qualification et de leur volonté. Les employé·es étaient donc pris·es entre les obligations administratives d'un contexte où leur santé n'était pas assurée et un discours les plaçant dans une position évoquant le don de soi et la disponibilité constante. Pour les personnes interrogées, le problème n'était pas en soi le fait de travailler davantage ou de changer d'affectation durant un moment de crise. Le problème résidait plutôt dans la coercition exercée à leur égard, à la fois par des mesures administratives comme l'interdiction de prendre congé (Messier, 2022; Radio-Canada, 2020c) et par des représentations qui reproduisent des stéréotypes impliquant une disponibilité constante de leur part.

Si l'usage de la représentation de l'ange gardien a largement été critiqué par les personnes en soins infirmiers, il reste que la contestation de cette dernière n'a mené qu'à de rares actions collectives visibles. Quelques lettres ouvertes ont été publiées (Smith, 2020), mais les actions n'ont pas eu d'effets concrets sur les conditions de travail immédiates ni sur le discours médiatique. En 2021, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII), en collaboration avec le collectif

des dernières années pour la régularisation des personnes sans statut au Québec (Desplanques, 2021; Gervais, 2022; Schué, 2021; White, 2022).

Collage féministe Montréal²⁸, a tout de même mené une action de visibilité à Montréal. L'action dénonçait l'usage de représentations comme celle de l'ange gardien pour établir des mesures disqualifiantes à leur égard :

Figure 6.1 Action de collage féministe dans l'espace public



Page de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers. Publié le 1^{er} mai 2021, consultée le 4 mai 2021. <https://www.facebook.com/profile/100064318227315/search/?q=collage>

En retraçant différentes recherches effectuées par des femmes afro-américaines sur les représentations les concernant, Patricia Hill Collins (1986) souligne le rôle des stéréotypes et du ridicule pour invalider et déshumaniser les groupes subordonnés. La ridiculisation, la stigmatisation ainsi que la mise au silence sont considérées comme des techniques de répression douce (Ferree, 2005), c'est-à-dire des moyens de diminuer, contrôler ou inhiber l'activité politique. Étant donné que ces moyens de contrôle peuvent avoir de graves conséquences sur les individus et

²⁸ Le collectif Collage féministe Montréal est un groupe autonome féministe qui utilise le collage dans l'espace public pour diffuser des messages visant à combattre les violences faites aux femmes et aux minorités de genre. Ce groupe s'inspire du collectif Collage féminicide Paris, fondé en France en 2019 pour rendre public l'enjeu des féminicides. Le collectif Collage féminicide Paris a depuis élargi son répertoire en abordant les violences patriarcales et les enjeux féministes (Collage féminicide Paris, 2022).

sur les groupes, l'expression « répression indirecte » est par ailleurs préférée pour rendre compte de la violence pouvant être engendrée par ces pratiques insidieuses (Dufour et Dussault, 2022). Ces référents identitaires ont un effet important sur la capacité des personnes en soins infirmiers de se mobiliser. Après tout, de quoi aurait l'air un ange gardien qui refuse de travailler? Sous des airs de compliment, la force de cette représentation est de maintenir les métiers féminisés dans une position subordonnée. Agir politiquement dans ce contexte devient donc difficile.

La chialeuse

Les femmes qui se mobilisent en travail social et en soins infirmiers disent également être associées à l'image de la chialeuse. Issue de la culture populaire québécoise, la chialeuse fait généralement référence à une femme mécontente, voire aigrie, qui se plaint sans raison valable de tout et de rien. Ses propos sont irrationnels, généralement impertinents et basés sur une mauvaise gestion de ses émotions. Dans le contexte d'un groupe, la chialeuse est une personne négative et qui nuit à l'avancement collectif en adoptant une position réfractaire et irrationnelle à propos de n'importe quel sujet abordé. On retrouve la chialeuse dans plusieurs séries télévisées, films et romans dans l'histoire du Québec et encore à l'époque contemporaine. On retrouve également la représentation de la chialeuse dans le discours politique lorsqu'une femme adopte une position critique sur un quelconque sujet (Giasson, 2006).

L'idée de lier l'action politique des métiers féminisés à la figure de la chialeuse ne m'est apparue qu'à la suite d'entretiens effectués auprès des participantes. En discutant de la réception de leurs critiques et de leurs revendications exprimées sur leurs lieux de travail, plusieurs participantes ont indiqué avoir été invalidées par leurs supérieur·es, qui renvoyaient ces revendications à la représentation de la chialeuse, soit celle qui critique toujours, qui n'est pas suffisamment positive ou qui est contre le changement. L'usage de ce référent est rapporté uniquement par des femmes, bien que celles-ci proviennent de différents établissements et de régions variées, et sa fréquence révèle un lien entre la représentation sociale des femmes qui s'opposent publiquement à des décisions et la défense des conditions de travail dans les emplois féminisés. Le fait de réduire la contestation des femmes à une tendance individuelle à se plaindre constitue un processus d'invalidation de leur positionnement politique. Plutôt que de considérer leur opposition comme un signe de jugement professionnel, ou encore de les associer à d'autres stéréotypes, comme la

femme forte, l'activiste ou l'image de *Rosie the Riveter*²⁹, l'image de la chialeuse maintient les femmes qui contestent dans le cadre de leur emploi dans une représentation genrée, nuisant à la reconnaissance de leur rôle d'actrices politiques dans la société.

A contrario, les travaux d'Anne Plourde (2021) qui portent sur les effets du capitalisme dans l'institution de la santé retracent l'importance de la figure du bon médecin. Elle y explique ainsi que la représentation sociale du bon médecin a un effet protecteur des privilèges et de l'autorité des médecins. Également présent dans plusieurs téléromans, le bon médecin renvoie au médecin disponible et progressiste. Comme le souligne Plourde, au-delà de la figure du médecin de village dévoué, on retrouve aussi le bon médecin dans sa forme contemporaine, soit comme urgentiste épuisé, qui n'est pour autant épuisé par la prise en charge de la santé de ses patient·es et du fonctionnement du système de santé. Selon Plourde, cette représentation facilite le respect et la prise en compte du jugement professionnel des médecins. Elle aide également à mieux faire accepter par la population leurs augmentations de salaire et l'amélioration générale de leurs conditions de travail. Plus largement, la figure du bon médecin favorise dans l'espace public une vision biomédicalisante, individualisante et hospitalo-centrée de la santé.

Ce faisant, le développement du caractère crédible, respecté et politique de l'identité professionnelle peut être entravé par l'association d'une profession à une figure péjorative, à laquelle personne ne souhaite s'identifier. Ces conclusions sont corroborées par l'analyse de discours effectuée par Mathieu Dufour et Audrey Laurin-Lamothe (2019). Leur analyse comparative du traitement des mobilisations infirmières et de celles des médecins dans les chroniques du journal *La Presse* montre que les revendications en médecine, notamment en matière de salaire, peuvent certes être perçues négativement, mais que la rareté des médecins justifie ces demandes. Inversement, la réception des revendications infirmières est généralement négative, celles-ci étant jugées comme émotionnelles et illégitimes. À l'instar de ce qui émane des entretiens que j'ai effectués, les travaux de Dufour et Laurin-Lamothe indiquent que les mobilisations infirmières ont tendance à être discréditées parce que la profession d'infirmière est constamment

²⁹ Rosie de Riveter est une figure popularisée aux États-Unis durant la Seconde Guerre mondiale. Produit de la propagande états-unienne, elle a été utilisée pour valoriser l'effort de guerre. Manche retroussée, le point levé et un bandeau aux cheveux, elle est également le symbole de millions de femmes qui ont pu accéder au travail, notamment en armement, à cause du manque de main-d'œuvre masculine.

ramenée à une dimension vocationnelle. Les représentations sociales préexistantes par rapport aux mobilisations ont donc un effet structurant sur le passage à l'action et sur la réception qui en est faite.

La voleuse d'enfants

La principale variation de représentation ressortant des entretiens effectués avec des personnes en soins infirmiers et en travail social relève par ailleurs d'une autre représentation, celle de la voleuse d'enfants. Plusieurs personnes en travail social ont dit ne pas avoir l'impression que la population soutiendrait leurs actions si elles étaient rendues publiques, en raison de l'image négative du travail social associé au retrait des enfants de leurs familles. Il s'agit d'une image assez fréquente dans la culture populaire, qui dépeint les travailleurs sociaux et travailleuses sociales comme des personnes qui exécutent des procédures pouvant briser des familles au lieu de les soutenir. En soins infirmiers, aucune mention similaire n'a été faite³⁰. Au contraire, plusieurs ont souligné être en mesure de faire des sorties publiques en sachant que l'opinion populaire est généralement favorable à leur égard. Bien que ce point vu ne fasse pas l'unanimité chez les personnes interrogées, sa présence est beaucoup plus marquée en soins infirmiers, les professionnel·les y voyant un levier pour se saisir d'opportunités politiques qui impliquent un caractère public.

La représentation de l'ange gardien, qui évoque le don de soi, ramène donc les professions féminisées au caractère naturalisant de la division sexuelle du travail, tandis que les représentations comme celle de la chialeuse discréditent leurs revendications. La contestation est ainsi ramenée à un acte irrationnel, motivé par l'émotion, ou encore, par un manque de considération à l'égard d'autrui. Ce faisant, l'action politique est entravée par le poids des représentations sociales et d'une distinction genrée entre rationalité et émotion (Goodwin et al., 2001). Les tentatives de prendre en compte les symboles et les représentations communes dans le cadre d'une action collective sont

³⁰ Tel qu'indiqué dans le premier chapitre, la représentation de la voleuse d'enfants ne sort pas de nulle part. Elle vient de l'association entre le travail social et le placement des enfants au travers de la protection de la jeunesse. Le travail social a également participé à la rafle des années 1960, durant laquelle des centaines d'enfants autochtones ont été retirés de leur famille. Ces événements et les enjeux actuels de racisme systémique entourant la protection de la jeunesse marquent les représentations sociales du travail social. Par ailleurs, soulignons que les soins infirmiers ont des responsabilités importantes dans des enjeux systémiques comme la stérilisation forcée des femmes autochtones. Pour l'instant, ces derniers ressortent peu dans les principales représentations sociales documentées des soins infirmiers.

complexifiées par les multiples figures négatives associées aux métiers relationnels. La revendication du caractère politique de l'identité professionnelle devient également plus difficile et, pour plusieurs, moins attirante. Ensemble, ces représentations produisent des limites structurelles à l'action. La prise en considération des actions et de l'argumentaire des professions féminisées et, plus largement, des personnes qui s'identifient comme femme, en est directement affectée.

6.3 Socialisation professionnelle et genre

Outre les représentations sociales, la socialisation professionnelle se révèle comme facteur important de la formation de l'identité professionnelle et de sa composante politique. Dans un groupe de discussion en travail social, la moitié des participant·es affirmaient avoir abordé au cours de leur formation universitaire les stéréotypes genrés liés aux métiers relationnels. L'autre moitié du groupe n'avait toutefois pas souvenir d'avoir étudié ces notions pendant leur formation, ce malgré le fait que l'une et l'autre partie du groupe aient été formées à peu près dans les mêmes années. En soins infirmiers, plusieurs participant·es ont souligné le manque d'éducation politique et critique dans leur formation. Ils et elles disent se sentir démun·es lors de leur entrée sur le marché du travail, face aux effets du contexte et des rapports sociaux sur leur place dans l'institution. Dans les deux cas, une constante se dégage : ils et elles ont du mal à identifier les processus de politisation de leur profession et les manières d'aborder politiquement les enjeux de leurs milieux de travail.

Soulignons d'emblée que les formations et les milieux de travail ne reproduisent pas volontairement la hiérarchisation entre professions et la dévalorisation des tâches historiquement associées aux femmes. Il reste que les institutions et leurs établissements en reproduisent tout de même plusieurs composantes, ce qui influence la socialisation professionnelle. Cette convergence entre héritage historique, socialisation et reproduction institutionnelle d'inégalités sexuées limite la capacité à développer un positionnement critique à l'égard des conditions de travail et d'en politiser les enjeux. Bien que l'ensemble des personnes rencontrées soulignent de multiples problèmes dans la représentation et la reconnaissance de leur profession, plusieurs se disent mal à l'aise de réclamer une meilleure rétribution financière, de meilleurs congés et un plus grand pouvoir décisionnel. Une travailleuse sociale explique à sa façon les liens entre historique, socialisation,

identité et politisation du travail. Cumulant 15 ans d'expérience, cette participante est l'une des rares personnes interrogées travaillant actuellement dans le milieu communautaire à titre de travailleuse sociale.

Catherine : Je passe ma vie à répéter à mon monde que le temps des bonnes œuvres, c'est fini, que des bonnes sœurs il n'y en a plus. On a fait des études, on gagne notre vie en étant des professionnelles de la relation d'aide, on n'est pas des bénévoles. L'historique du travail social, et je vais pousser plus loin, le travail social c'est éminemment sexiste, c'est un domaine à majorité de femmes. Ce sont des jobs qui sont moins payées, moins valorisées parce qu'on les associe à notre instinct maternel ou à la vocation catholique pour laquelle tu vas accepter un salaire moindre et des conditions plus difficiles parce que tu vas gagner ton ciel, des trucs comme ça. L'historique a un impact sur la façon dont nous on n'ose pas trop se plaindre, parce qu'effectivement on se dit que c'est un choix, on le savait que ça allait être difficile. La personne qui conduit une grue, elle savait que ça allait être difficile aussi, pourtant elle fait cent mille par année. C'est une job de gars. J'ai un ami qui est grutier qui m'a dit : oui mais, c'est dangereux. Ben viens travailler avec mes usagers, moi je monte dans ta grue quand tu veux mon ami manger mon petit sandwich en haut. (Entretien de groupe 5, travail social)

Dans cet extrait, la participante identifie l'effet de la socialisation genrée sur sa profession et sur la perception publique de celle-ci. Selon plusieurs personnes interrogées, les freins à l'action politique et à la reconnaissance des qualifications des métiers relationnels relèvent de la manière dont l'historique sexué des professions s'actualise toujours dans les représentations sociales et individuelles. Cette analyse est partagée par une partie de la littérature sur les métiers historiquement féminisés, dont les soins infirmiers. Par exemple, Lynda Briskin (2012) soutient que la reconnaissance professionnelle des soins infirmiers est compliquée à cause des hiérarchies de la naturalisation des tâches attribuées aux femmes. Dans son ethnographie du milieu hospitalier, Nathalie Stake-Doucet (2021a) souligne pour sa part que la structure hospitalière encadre l'interaction entre professionnel·les de sorte à subordonner les métiers comme les soins infirmiers

à d'autres, comme la médecine ou la pharmacie. Cette dynamique se reproduit ensuite dans les interactions des infirmier·ères, de même que dans leur autorégulation. Les travaux d'Amélie Perron (2013) montrent également que ces composantes sont intégrées avant l'entrée en poste, en raison de la socialisation professionnelle, et que cette socialisation se poursuit ensuite dans le milieu de travail. En intégrant à leur définition des métiers relationnels des composantes issues des rapports sociaux de sexe, plusieurs travailleurs et travailleuses en reproduisent les effets à la fois dans leur pratique et dans leur identité professionnelle. La peur de nuire aux patient·es ou de faire passer ses besoins avant ceux des personnes soignées n'est pas sans faire échos à la disponibilité constante et au don de soi théorisé comme bases de la division sexuelle du travail (Haicault, 1984; Kergoat et al., 1992). Ces processus ont en fin de compte tendance à nuire à la politisation de l'identité professionnelle. Ce faisant, le passage à l'action pour défendre ses conditions de travail et gagner en pouvoir dans l'institution est moins accessible puisque ce qui fonde les référents identitaires n'est ni clair, ni critique des structures dominantes.

Par ailleurs, toutes les personnes actives dans les métiers relationnels n'intègrent pas au même degré ni de la même manière tous ces éléments de socialisation. Certain·es vont notamment se dissocier du caractère vocationnel et déqualifiant du travail du *care* en développant leur identité professionnelle en opposition à leurs collègues ou à certaines fonctions du métier. À deux reprises, des participantes ont invoqué une représentation stéréotypée des soins infirmiers pour expliquer la manière dont leur propre identité professionnelle s'en distingue. En voulant se défaire des limitations que la division sexuelle du travail impose aux métiers relationnels, certaines personnes reprennent involontairement des stéréotypes genrés de leur profession, sans par ailleurs les déconstruire :

Sophia : J'ai fait beaucoup de sport, moi j'ai toujours été une tom boy, j'ai toujours été one of the boys. Fait que quand j'arrivais sur une unité de petites madames toutes pincées avec leurs jupes blanches, je ne fittais pas. Moi je suis quelqu'un de franche, je suis directe, j'ai une façon de gérer les conflits qui est plus masculine, tandis que le domaine des soins infirmiers c'est un domaine de femmes, donc c'est très hypocrite. C'est pour ça que je n'ai jamais travaillé ailleurs que dans une urgence, où c'est des personnalités fortes et où on se dit les vraies affaires. Je ne me verrais pas travailler sur une unité de maternité. (Suivi individuel en soins infirmiers, groupe 2)

Ce type de regard sur le travail de soin n'est pas sans rappeler le concept de syllogisme du sujet sexué, développé par Danièle Kergoat dans sa théorisation des rapports sociaux de sexe (2001). Ce concept permet de prendre en compte les obstacles liés du passage du « je » au « nous » pour des femmes qui ne déconstruisent pas les effets des rapports sociaux de sexe. En réifiant, généralement inconsciemment, les catégories de sexe ainsi que les caractéristiques et les stéréotypes associés, les femmes les reproduisent dans leurs pratiques individuelles et collectives (Kergoat, 2001). Il s'agit de femmes qui ne s'identifient ni aux représentations stéréotypées négatives, ni à celles mises de l'avant dans une perspective de reprise de pouvoir. Plutôt, elles vont avoir tendance à individualiser leur rapport au travail. Ces blocages nuisent à la collectivisation des enjeux liés au travail des femmes, à la consolidation d'une identité collective politique ainsi qu'au passage à l'action. Ce faisant, le rapport de force même des professionnel·les en est affecté.

Deux femmes rencontrées ont eu des propos de cette teneur, influençant leur perception de soi, du travail, de leurs collègues et des formes d'action prises. Lors des entretiens, les échanges sur l'influence du genre sur leur travail semblaient inconfortables pour l'une d'entre elles et pour l'autre, d'un moment important de dissociation. Cet inconfort fait échos à l'analyse de Danièle Kergoat lorsqu'elle souligne que ces réactions parlent de la manière dont l'individu s'est constitué et donc, de son rapport à autrui : « En niant le groupe, les femmes se nient elles-mêmes comme sujets – les deux négations sont coextensives » (2001, 110). En attribuant à la catégorie des femmes une caractéristique (par exemple chialeuse) et en s'en dissociant (par exemple, en préférant les équipes composées d'hommes parce qu'ils sont francs), la logique est qu'une alliance ne peut se faire avec ces femmes.

Ce qui est particulier dans le cas présenté est que ces femmes sont parmi la minorité qui se mobilise à plusieurs reprises chaque année pour défendre leurs conditions de travail. L'une d'entre elles tenait même dans un échange subséquent des propos féministes très articulés. Seulement, le discours féministe était plus général et ne parlait pas de son rapport personnel au travail. Ces nuances, que l'on pourrait même qualifier de contradictions, amènent à voir que la sortie des idéologies dominantes se fait progressivement et à échelle variable entre les différents aspects de la vie de chaque individu. Bien que le travail soit prédominant dans leur quotidien et qu'elles y vivent des injustices liées aux rapports sociaux de sexe, y déconstruire dans le détail les effets et en comprendre les ramifications relève d'un travail en soi qui reste encore à terminer.

En abordant dans une perspective englobante les paroles de Catherine, cité plus, haut, celles de Sophia et la littérature, on constate que la qualification est différente selon qu'il est question de métiers relationnels ou des emplois qui ne sont pas historiquement féminisés (Briskin, 2012; Cohen, 2000). Alors que les réflexions sur le caractère genré des métiers relationnels en poussent plusieurs à adopter une perspective critique de la hiérarchisation des qualifications et de la naturalisation de certaines caractéristiques, d'autres s'en dissocient individuellement. Le premier extrait constitue une analyse réflexive et critique de l'histoire, énoncée par une participante à l'égard l'organisation du travail, celle-ci faisant essentiellement usage d'une analyse féministe qu'elle a appliquée à sa profession. Dans le second cas, la personne réussit à se dissocier des effets d'une socialisation féminine classique en convoquant différents éléments de sa trajectoire personnelle, ce qui l'amène au-delà de la vision traditionnelle des soins.

Le premier extrait amène également à réfléchir à l'ouverture politique qui est attribuée aux métiers féminisés en regard de la notion de danger, considérée comme gage de crédibilité. Lorsque comparée aux métiers qui nécessitent des actions plus physiques, historiquement investis par les hommes, la notion de danger se révèle comme n'ayant pas la même signification pour les professions féminisées (Tabet, 1998). Le danger visible et physique est mieux reconnu que le danger émotionnel et psychique. Il en est de même pour la charge mentale du travail d'accompagnement. Qui plus est, l'aspect physique des métiers de soin (déplacer des patient·es, marcher plusieurs heures quotidiennement en intervention, manque de sommeil, blessure, violence de la part des usager·ères, etc.) est souvent invisibilisé, jugé moins important ou exagéré (Messing, 1991, 2016, 2021; Messing et Mergler, 1993). La composante identitaire genrée est donc très forte,

en ce qui a trait à la fois à la manière dont les professions se sont construites et à leur intégration au système de santé, mais en raison également de la représentation qu'en donne la société ainsi que via son intégration par les professionnel·les eux et elles-mêmes. Les difficultés à définir sa profession et le poids des rapports sociaux de sexe nuisent tous deux au lien que l'individu peut établir avec une identité collective politisée. Le processus identitaire dont parle Flesher Fominaya (2010, 2018), par lequel les émotions, les représentations et le sentiment d'appartenance forment l'identité collective, éloigne dans ce cas-ci d'une politisation de l'identité. Le maintien de cet aspect de l'identité réduit la probabilité que les personnes issues des métiers relationnels agissent d'un point de vue politique pour imposer leur présence.

Les courants d'analyse féministes du travail proposent par ailleurs quelques pistes pour déconstruire les éléments genrés qui freinent l'action politique des métiers relationnels. Parmi celles-ci, Lynda Briskin (2012) insiste sur l'importance des démarches collectives de professionnalisation pour distinguer les soins infirmiers du travail domestique. Selon elle, l'amélioration des conditions passe par un détachement de ces éléments culturels à travers une politisation collective du soin (*politicisation of caring*). Cette proposition n'est pas sans faire écho à celle de Danièle Kergoat et collègues (1992), pour qui la contestation collective de la division sexuelle du travail est une condition nécessaire à la reconnaissance des qualifications des métiers relationnels. À l'exception de très rares actions comme les collages précédemment présentés, les actions recensées ne s'inscrivent pas dans cette lignée. Bien que plusieurs actions évoquent une critique de l'idéologie de la vocation, elle n'est pas nécessairement explicitement articulée. Cette difficulté à passer de l'action individuelle au collectif et de la contestation d'un enjeu spécifique à une critique des systèmes d'oppression peut être vue comme un effet des réorganisations néolibérales du travail qui complexifient la collectivisation de la critique et de la mobilisation. Par ailleurs, les exemples qui suivent témoignent d'un travail identitaire pour valoriser et défendre les métiers relationnels, ce malgré le fait que ses démarches ne soient pas explicitement conçues à partir d'une logique féministe.

6.4 Le choc moral et les émotions comme déclencheurs de la politisation de la défection

Si les données recueillies dans le cadre de cette recherche corroborent la difficulté à mettre de l'avant le militantisme des métiers relationnels, il en ressort également que plusieurs actions peuvent malgré tout être menées. Cette section montre que la clarté de l'identité professionnelle donne justement lieu à ce qui est avancé par plusieurs autrices, dont Amélie Perron (2013) et Lynda Briskin (2012) : les professionnel·les ayant une plus grande clarté à l'égard de leur identité professionnelle ont plus de facilité à la politiser et à passer à l'action pour dénoncer un problème. Alors que la socialisation professionnelle peut nuire à la politisation du travail social et des soins infirmiers à cause d'une reproduction systémique de rapports de domination, ici elle agit comme facilitateur. Les valeurs de soin, d'attention à l'autre, voire de dévouement, légitiment la défense d'autrui. À partir de l'exemple de la défection, cette section argumente qu'une identité professionnelle consolidée autour de l'éthique professionnelle permet plus facilement d'agir face à une situation problématique. Le concept de « choc moral » est pour ce faire convoqué, ce qui permet de présenter les actions individuelles fondées sur une émotion forte.

Le choc moral est un concept initialement développé par James Jasper et Jane Poulsen (1995) afin de rendre compte des actions découlant d'une situation ayant provoqué une émotion vive, comme l'indignation ou la colère. Il s'agit de situations pouvant susciter l'implication de personnes qui n'étaient jusqu'ici pas mobilisées ni associées à une organisation politique (Goodwin et al., 2001; Van Ness et Summers-Effler, 2018).

La prémisse des travaux de Albert Hirschman (2004 [1970]) est que la qualité d'une organisation n'est jamais assurée. Celle-ci varie en effet selon différents facteurs, qui en teintent dès lors l'appréciation. Bien que la contribution principale de Hirschman concerne le champ de la sociologie économique, son modèle est repris dans plusieurs autres domaines puisqu'il fait écho à différentes manières de participer à une organisation (Bengtsson et Bohman, 2021; Cohen et Filc, 2017; Hoffman, 2010; Ossandón, 2021; Whitford et Lee, 2014). Que l'organisation étudiée relève du domaine public ou privé, le rapport de l'individu à la structure peut impliquer les mécanismes théorisés par Hirschman. Lorsqu'un déclin de qualité est observé dans une organisation, différentes stratégies s'offrent à la population : « exit, voice, and loyalty » (Hirschman, 2004 [1970]). Traduite comme « défection » (Bennani-Chraïbi, 2020), la première option implique une sortie du milieu,

par exemple par la démission ou par l'arrêt de travail. La seconde renvoie à la prise de parole pour nommer sa dissension ou pour s'opposer. La loyauté, finalement, renvoie à l'acceptation de la situation en dépit des problèmes vécus. Ces trois mécanismes peuvent également interagir. Par exemple, une personne possédant un plus grand capital social pourrait avoir plus de facilité à nommer sa dissension, puis à quitter l'organisation. Une personne possédant un fort sentiment d'appartenance à l'organisation pourrait quant à elle décider d'exprimer ouvertement ses critiques, justement par loyauté à la mission première de l'organisation.

Ces mécanismes se manifestent également chez les employé·es du réseau de la santé et des services sociaux. Lorsque la qualité des conditions de travail et des soins diminue, ceux-ci peuvent utiliser différentes stratégies qui évoquent la défection et l'expression de sa dissension. Pour les deux domaines d'emploi à l'étude, le sentiment d'appartenance et le devoir de loyauté envers ses collègues, l'établissement ou la profession influencent la stratégie utilisée. Comme plusieurs personnes interrogées le soulignent, leur devoir de loyauté concerne d'abord leur profession plutôt que leur employeur. Bien qu'en apparence simple, cette affirmation relative à la loyauté reste pour plusieurs difficile à traduire en gestes, celle-ci impliquant un fort sentiment d'appartenance et d'engagement qu'il est difficile de déconstruire. Comme le souligne Hirschman (2004 [1970]), la loyauté envers l'organisation favorise l'usage de techniques comme la prise de parole pour mettre de l'avant ce qui pose problème. Les actions plus drastiques deviennent tout particulièrement difficiles lorsque la loyauté est en plus invoquée conjointement à l'utilisation de techniques de double contrainte servant à contrôler les employé·es, comme je l'ai montré dans le chapitre précédent. Le fait de réorienter le sentiment de loyauté vers les patient·es permet dès lors de mobiliser d'autres techniques pour aborder ce qui fait problème. Par exemple, il est plus facile d'utiliser la dénonciation publique ou encore un mécanisme de défection comme la démission ou la réaffectation lorsque le sentiment d'appartenance n'a pas comme objet le lieu de travail.

L'une des participantes interrogées en soins infirmiers dans le cadre d'un entretien de groupe a fait plusieurs fois référence au mépris ressenti dans son milieu de travail, de même qu'à l'indignation qu'elle a éprouvée en réponse à ce mépris pour expliquer les actions individuelles qu'elle a menées. Cette participante plus de 30 ans d'expérience et les actions qu'elle a menées au cours de sa carrière ont généralement été accomplies de manière individuelle, à la suite d'un événement qui entrainait trop fortement en conflit avec son éthique professionnelle. Elle mentionne, par exemple, avoir rédigé

une lettre à la direction de son établissement. Cette lettre a été ensuite signée par l'ensemble de son équipe pour dénoncer une situation dans l'unité de soins, situation qui découlait par ailleurs plus largement du contexte de coupures de services. Elle explique dans l'extrait qui suit la manière dont elle a plus tard décidé de démissionner en rédigeant une autre lettre, cette fois-ci au ministre de la Santé:

Suite à l'agrément, on a dû changer des pratiques en lien avec l'augmentation de la mobilité des patients, ils ont même mis un tableau dans le corridor pour ça. Ce n'est pas qu'on ne veut pas le faire, mais on n'a pas le temps. Ils ont coupé le préposé, la personne du ménage... ça c'est la réforme Barrette. Quand j'ai vu que ça nous revenait dessus, je suis partie et j'ai écrit une lettre assassine à Gaétan Barrette qui a été publiée. Rien n'a changé, mais je suis partie de toute façon. (Paula, entretien de groupe 1, soins infirmiers)

On comprend dans cet extrait que l'indignation ressentie face à une directive et à son manque de cohérence avec le sens des soins infirmiers a eu pour cette personne l'effet d'un déclencheur menant à une action contestataire et à une défection. Précisons que Paula possède une identité professionnelle très clairement définie, qui se trouve de plus intrinsèquement liée à sa trajectoire familiale. Elle connaît son métier et sa place dans l'organigramme de la santé et des services sociaux; elle y a développé son réseau social et a vécu différents événements en tant qu'infirmière. Elle a notamment vécu plusieurs réformes ainsi que la grève infirmière de 1998. Les aspects culturels et identitaires de sa profession étant clairement définis, elle est en mesure d'identifier rapidement les moyens d'action qui sont à sa portée, de même que les manières de s'en servir. Plus encore, la capacité de Paula à assumer l'indignation plutôt que de retourner à une émotion socialement plus acceptable pour les femmes, comme la culpabilité, relève d'un dépassement du travail émotionnel (cf. Hochschild, 1979) qui guide l'expression des émotions en fonction de la socialisation et des normes instituées. Les entretiens menés font ressortir le fait que les émotions fortes comme l'indignation peuvent être assumées et canalisées vers l'action politique, grâce notamment à différents éléments identitaires ayant précédé l'émotion qui font en sorte que la personne est davantage en mesure de s'en saisir. Paula tient par ailleurs à son milieu de travail. Elle croit à la mission de son établissement et est attachée à ses collègues. Puisqu'elle entretient aussi une relation clairement définie avec son mandat, ses premières actions visent à améliorer le milieu de travail : elle dénonce pour améliorer la situation. Malgré la volonté de Paula, les effets de ses

actions ne sont souvent pas à la hauteur de ses attentes. C'est en ce sens que l'accumulation d'insatisfactions face à la qualité du milieu de travail de même que le choc moral mène à la défection, qui peut s'accomplir soit par un changement de secteur, par une démission ou, comme c'est ici le cas, par le départ à la retraite.

De nombreuses personnes en soins infirmiers quittent le milieu institutionnel francophone pour se diriger vers le milieu anglophone, vers le Nord-du-Québec ou vers l'Ontario. Selon leur expérience, ce changement permettrait de travailler dans un milieu moins hiérarchisé et dans lequel ils et elles bénéficieraient de plus d'autonomie professionnelle. Les gens suivent généralement ce chemin après avoir vécu des déceptions personnelles et des échecs de mobilisation dans le milieu institutionnel francophone. Plusieurs parlent d'ailleurs de ces milieux comme des endroits où il est possible d'être « l'infirmière que j'aimerais être » (Audrey, suivi individuel en soins infirmiers, groupe 4), renvoyant ici à des valeurs et à une manière d'être et de faire. En fin de compte, les infirmier·ères y voient l'opportunité d'exercer leur métier en accord avec leur éthique professionnelle. Les émotions négatives vécues à répétition (mécontentement, frustration, peur), en plus de donner lieu à un choc émotionnel, facilitent le recours à des actions de défection pour les professionnel·les dont l'identité professionnelle est suffisamment bien définie, leur permettant de se détacher du milieu d'emploi.

L'action de quitter le milieu de travail est beaucoup plus fréquente en soins infirmiers que dans d'autres professions. Qu'elle ait lieu en soins infirmiers ou ailleurs, la défection témoigne toutefois d'un besoin de s'extraire d'un milieu épuisant et dont les conditions ne conviennent plus (Bougie et Cara, 2008; Boivin-Desrochers et Alderson, 2014; de Gaulejac, 2010; Perron et al., 2020; Tremblay, 2014). Si la défection est effectivement un moyen de dernier recours, il semble important de souligner le potentiel politique que recèle cette action. En démissionnant, plusieurs professionnel·les font des sorties publiques, témoignent dans des groupes en ligne ou encore, mènent une action de dénonciation dans leur établissement. Il ne s'agit donc pas que de survie; il s'agit également de contestation. Ce qui fait de la défection une action s'inscrivant dans la logique de l'identité collective et de la contestation se retrouve dans l'ampleur de son usage simultané par plusieurs professionnel·les et suivant un même argumentaire politisé. Pour une profession comme les soins infirmiers, qui est peu structurée sur le plan politique, le nombre élevé de démissions donne un caractère plus systémique à la défection et octroie par le fait même plus de force à

l'argumentaire qui l'explique. Mises ensemble, les centaines de démissions en viennent à collectiviser des enjeux qui peuvent ensuite être plus facilement exposés sur la place publique (Pichard, 2022)³¹. Le sentiment d'appartenance à la profession et l'éthique professionnelle donnent une cohérence à la défection individuelle, tandis que le sens de l'action est appuyé par l'argumentaire diffusé et par le désengagement d'autres professionnel·les. En dénonçant les problèmes récurrents de l'institution et en refusant d'y participer davantage, les personnes interrogées articulent des éléments émotionnels et identitaires autour d'une action individuelle, qui a, en fin de compte, une portée collective.

Dans le cas des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales, le mécanisme de défection face à un contexte perçu comme trop fermé mène plusieurs personnes à s'extraire du réseau institutionnel pour aller vers le milieu communautaire. Bien que ce dernier ne soit pas le gage d'une plus grande marge de manœuvre, il est généralement perçu comme le milieu permettant un arrimage entre les valeurs d'un individu et les tâches à effectuer. Les organismes sont ainsi considérés comme plus revendicateurs, plus politisés et plus actifs dans la défense de droits que ne l'est le réseau institutionnel. La tendance à la démission reste plus faible en travail social qu'en soins infirmiers et s'accompagne beaucoup plus rarement d'une sortie politique. Ce faisant, la dynamique de collectivisation des expériences de défection en travail social influence peu le processus identitaire et sa politisation.

³¹ La démission en bloc de centaines d'infirmier·ères de la Mauricie a été interdite par le Tribunal administratif du travail en 2023 (Côté, 2023). Il s'agit d'une première en ce que la démission collective a été refusée à la demande de l'employeur (le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec), contraignant les employées à rester sur leur milieu de travail. Le syndicat avait pour objectif de déposer en bloc les lettres de démission. Le jugement a été émis en considérant que la démission était un moyen de pression et qu'il privait la population de services. En s'adressant à la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), la juge Myriam Bédard a notamment déclaré au moment de rendre le jugement qu'il fallait « cesser d'encourager et d'inciter ses membres à démissionner en bloc ». Le jugement indique également que le personnel doit cesser tous les moyens de pression qui ont précédé la démission, par exemple d'éviter de remplir certains formulaires, puisque la qualité des services en souffrirait.

Bien que toutes les démissions ne soient pas portées par les syndicats, ce jugement pose problème pour les démissions qui pourraient être envisagées dans le futur. Le jugement intervient à la fois en délégitimant l'aspect politique de la démission et le caractère collectif qu'elle peut prendre. Elle délégitimise également sa portée en ne la ramenant qu'à des menaces et à des effets néfastes sur la population. Plus encore, elle ne prend pas en compte ce qui est pourtant le cœur du message : les conditions de travail sont mauvaises au point où les gens préfèrent quitter la profession qu'ils et elles ont pourtant choisie. En plus de créer un précédent dangereux qui permet à l'employeur de faire interdire des démissions, elle renvoie l'acte de défection à une manœuvre vide de sens et disqualifie la démarche.

L'analyse de l'identité collective comme un processus permet de rendre compte d'une partie souvent invisibilisée de l'action politique. Dans les milieux politiques peu structurés, comme c'est le cas pour les métiers relationnels, l'identité politique se module selon le contexte et certaines de ses composantes genrées, historiquement construites. Le cas de la défection causée par un choc moral rappelle l'importance de la prise en compte du contexte dans l'expression identitaire (Polletta et Jasper, 2001; Melucci, 1995). Les éléments culturels comme l'identité collective restent influencés par les structures, les opportunités et les contraintes du milieu. C'est dans cette perspective interactionniste entre culture et opportunité spécifique que s'explique le choix de stratégies d'action individuelle. L'action menée dans le cadre du lieu de travail restant trop coûteuse et l'individu étant désinvesti de son milieu, la défection devient une option d'action réaliste par laquelle maintenir une cohérence entre le travail et l'identité professionnelle.

Plutôt que de concevoir l'identité politique comme une facette indépendante de l'identité d'un individu, mon analyse démontre qu'elle peut en fait compléter et enrichir les autres aspects de l'identité, comme l'identité professionnelle. Il s'agit donc moins d'une hiérarchisation des identités (Stryker, 1968, 1980) que d'une intersection d'identités qui s'entremêlent, entrent parfois en conflit ou se soutiennent.

6.5 Identité professionnelle et militante, réseau social et perception de l'ouverture politique

L'une des principales influences sur l'identité collective est le réseau social (Haunss, 2022; Passy et Giugni, 2001; Reger, 2021; Snow et al., 1980). Grâce au réseau social, et tout particulièrement aux liens sociaux qui y sont créés, l'individu et le groupe dont il fait partie partagent des référents culturels qui deviennent des points de référence sur lesquels il est plus facile de s'appuyer pour se mobiliser (Goodwin et al., 2001; Passy et Giugni, 2001; Van Ness et Summers-Effler, 2018). Le réseau social permet ainsi de développer le sentiment d'appartenance au cœur de ce qui caractérise l'identité collective. Le partage du quotidien et d'événements marquants, le développement de valeurs communes ainsi que le partage des réflexions et des émotions développent un socle commun qui facilite la mobilisation. Le réseau peut par ailleurs être composé de liens forts ou de liens faibles (Granovetter, 1973, 1983).

Les entretiens menés auprès de personnes en travail social et en soins infirmiers ont démontré l'importance du réseau local composé de liens forts dans la politisation du rapport au travail, puis, dans certains cas, dans le passage à l'action. La prégnance du réseau social varie selon la force des référents culturels et professionnels préalables, des pratiques et de l'espace partagé. Lorsqu'ils sont présents, ces éléments influencent positivement le passage à l'action. Ces conclusions se rapportent à celles de Florence Passy et Marco Giugni (2001), qui soutiennent que le réseau social permet de lier les individus, de les introduire à l'action collective et de saisir plus facilement une opportunité politique.

Les actions réalisées à travers le réseau local sont parmi les plus visibles et les plus perturbatrices qui ont été documentées dans la cueillette de données. Le chapitre prend appui sur les *march on the boss* menées en travail social et sur les *sit-in* en soins infirmiers; les deux seront définis plus bas. L'analyse comparée des deux professions révèle que la variation d'intensité des actions et de leur diffusion découle de la force des liens sociaux développés dans chaque profession (Granovetter, 1973, 1983, 2018 [1995]). Au-delà de la présence ou non d'un réseau, l'analyse de la force des liens permet de comprendre le type de connexion qui existe entre les individus. Les liens les plus forts sont ceux qui facilitent le plus l'engagement. Ceux-ci peuvent toutefois être aussi les plus contraignants. Les liens faibles présentent également des avantages. Le fait d'entretenir des liens moins soutenus avec des personnes d'un autre réseau social permet d'avoir accès à un autre registre d'informations que celui qui circule dans le réseau composé de liens forts (Granovetter, 2018 [1995]). La relation entre l'action menée et l'identité professionnelle relève également d'autres facteurs. Dans le cas des *march on the boss* et des *sit-in*, le sentiment d'appartenance à l'équipe directe de travail s'avère déterminant. Les personnes rencontrées se mobilisent également à l'échelle locale parce que c'est celle où ils et elles développent le plus de référents communs avec leurs collègues. Ces référents facilitent le partage de conceptions communes de ce qui fait du sens dans le cadre de leur pratique et de ce qui y est problématique. Le partage du quotidien entre collègues qui échangent sur ce qui fait problème permet d'identifier une cible commune et un mode d'action qui convient à leurs moyens. Ce faisant, différents éléments liés à l'identité collective influencent le choix d'action sélectionnée ainsi que l'échelle d'action.

Les liens en soins infirmiers sont beaucoup plus faciles à développer et à maintenir grâce à l'organisation du travail local. La proximité de l'équipe permet l'établissement de liens plus forts, à partir desquels il est facile de passer à l'action. L'identité professionnelle plus largement partagée et les réseaux sociaux plus actifs permettent également une meilleure diffusion de pratiques dont peuvent se saisir les équipes de travail. Les démarches en travail social restent similaires à celles des soins infirmiers, mais plus marginales et d'une ampleur souvent moindre. Cette tendance s'explique par des liens plus faibles entre les membres d'un même réseau social et par des référents culturels moins diffusés.

Cette section contribue à identifier comment les différents aspects de l'identité collective façonnent la mobilisation (Hunt et Benford, 2004). Elle apporte également davantage de données sur la formation de l'identité collective dans un contexte de mobilisation informelle (Flesher Fominaya, 2018) et fournit des données empiriques sur les manières dont les personnes évoluant dans des professions féminisées développent un répertoire d'action collective subversif (Galerand et Kergoat, 2008).

6.5.1 Travail social et confrontation en équipe

Plusieurs exemples auraient pu être mis en exergue dans la section s'intéressant à l'importance du réseau en travail social. Les professionnel·les rencontrés tentent généralement de diminuer les risques associés à l'action politique en mobilisant leur réseau de liens forts. Les actions les plus radicales documentées prennent place lorsque les réseaux sociaux sont constitués de liens forts. Elles sont ponctuelles, généralement planifiées rapidement et servent en grande partie à défendre une personne de l'équipe de travail ou un·e patient·e dont les services sont limités par l'établissement. L'extrait qui suit reprend le cas d'une petite équipe de travail qui se mobilise depuis plusieurs années afin de préserver une cohérence entre le sens de leur profession et le travail réel. La personne interrogée a un peu plus de cinq ans d'expérience et a passé presque toute sa carrière dans le même milieu de travail.

Claire : Je constate que depuis 2015, on n'a eu aucun chef de service ou gestionnaire qui avait un minimum d'expérience dans la profession de son équipe. Depuis, on a constaté qu'il y avait des stratégies de mise en conflit entre les équipes locales. Notre manière de résister, c'est de maintenir coûte que coûte une dynamique d'équipe puis une solidarité. Si une personne a une note au dossier, c'est comme si toute l'équipe était concernée. Ça semble être une stratégie qui fonctionne bien jusqu'ici. Dernièrement j'ai un·e de mes collègues qui est intervenu·e de manière plus politique dans un dossier, ce qui entre dans notre mandat. Pourtant, iel a été convoqué·e par le gestionnaire et la haute direction, donc par quatre niveaux hiérarchiques au-dessus de son poste. On s'est tous présentés à la rencontre; vous convoquez de la sorte une personne de notre équipe, c'est à toute l'équipe que ça concerne. On a réussi à créer un certain rapport de force avec nos gestionnaires. On le fait pour se protéger et défendre les principes fondamentaux de notre profession. Donc dans ce cas-ci, on a dit que l'intervention était en phase avec notre cadre de référence, avec les fondements de notre profession puis avec notre mandat. Je crois qu'on est la seule équipe à faire ça, les autres mangent seuls à leur bureau, les équipes sont souvent brisées à cause de l'organisation du travail et c'est très difficile à recréer, après, une solidarité comme celle qu'on a. On a essayé de résister puis jusqu'à présent on maintient ça. (Entretien de groupe 4, travail social)

Dans les mots de la personne interrogée, le réseau de liens forts sert tout d'abord à maintenir une cohérence entre son idéal professionnel et les conditions de travail. L'autonomie professionnelle est d'ailleurs au cœur de la majeure partie des actions menées en travail social; un enjeu revenant systématiquement dans l'ensemble des entretiens effectués. L'équipe de travail agit comme un facteur de protection face aux contraintes organisationnelles et aux décisions technocratiques qui ne concordent pas avec le système de valeurs du travail social ou encore avec la manière d'exercer son mandat. Sans un réseau social constitué de liens forts, la défense des conditions de travail immédiates semble pour plusieurs inconcevable. Plus encore, le maintien d'une cohérence et d'une solidarité entre les membres de l'équipe semble donner sens au travail. À la fin de l'extrait, la personne souligne que l'isolement défait non seulement la cohésion entre collègues, mais

également la capacité à se saisir de l'opportunité de politiser ses conditions de travail et de créer un rapport de force.

La particularité de ce cas, par ailleurs, réside dans l'action choisie. Les actions de ce type sont en fin de compte marginales lorsqu'on examine l'ensemble de la profession; ou du moins, il n'a pas été possible de les relever dans la collecte de données. Ce qui permet à l'équipe de mener des actions jugées plus radicales est la solidité de leur réseau social et des liens qui le composent (Granovetter, 1973, 1983). Il s'agit d'une équipe stable, qui partage un lieu commun et qui développe un sentiment d'appartenance fort. Ces liens permettent de développer un sentiment d'appartenance et une vision commune. Toutes les équipes en travail social ne peuvent faire de même, notamment à cause de contraintes matérielles comme le manque d'espaces partagés. Sans la nommer ainsi, cette équipe utilise la technique du *march on the boss*, un moyen d'action utilisé depuis des décennies afin de créer un rapport de pouvoir à l'avantage des employé·es. Les *march on the boss* visent à imposer un dialogue, une écoute de la part des paliers supérieurs ou encore la mise en visibilité de revendications (Olds, 2018). En forçant une rencontre collective avec les employeurs ou les gestionnaires, les employé·es misent sur l'unité et sur la confrontation pour obtenir gain de cause. Il peut s'agir d'une action spontanée ou planifiée à l'avance, qui vise un enjeu de travail ou une situation ponctuelle. La personne interrogée explique le choix de l'action par une logique qui repose sur l'importance de garder la dynamique d'équipe intacte dans un contexte organisationnel en changement, mais également pour protéger les membres d'éventuelles sanctions individuelles.

6.5.2 Soins infirmiers et confrontation en équipe

Afin de reprendre le contrôle de leur horaire de travail et de la manière dont le temps supplémentaire obligatoire (TSO) est imposé et distribué, le personnel en soins infirmiers a commencé en 2018 à utiliser la tactique du *sit-in* aux moments des changements de quart de travail. En général, si un manque de personnel est constaté par la gestion, c'est lors du changement de quart de travail qu'un·e gestionnaire interpelle individuellement certaines personnes du quart précédent pour leur demander de rester. Selon les personnes interviewées, cette pratique largement répandue exerce une pression sur les employé·es et fait souvent usage de la culpabilité et des stéréotypes genrés dans le but de remplir les quotas exigés (voir la section sur les stratégies de contrôle par le

genre du chapitre 5). Alors que le TSO se veut une mesure d'exception, elle est en vérité habituelle depuis 1990 dans tout le milieu de la santé au Québec, particulièrement dans les hôpitaux et les centres de soins de longue durée (Gagnon et Perron, 2018). La gestion des horaires en soins infirmiers est pourtant critiquée depuis plusieurs années. Plusieurs personnes en soins infirmiers ont fait des griefs à cet égard, mais ceux-ci n'ont pas eus les résultats qu'ils et elles souhaitent en ce qui a trait à leurs conditions de travail, entre autres à cause du délai important de traitement des griefs. La gestion des horaires relève d'un système de gestion du personnel à la fois local et national et la complexité de ce système en limite la portée des griefs.

Le *sit-in* fait ici référence à une action par laquelle toutes les personnes des deux quarts de travail restent sur place – y compris ceux et celles qui seraient en droit de simplement retourner à leur domicile – afin de demander aux gestionnaires – ainsi qu'à une personne de l'équipe syndicale, convoquée par les infirmier·ères – de trouver une solution qui soit acceptée par l'équipe et qui évite les méthodes coercitives. Il s'agit d'actions collectives organisées spontanément, dès qu'elles sont nécessaires, et dont la durée varie de trente minutes à quatre heures. Certains hôpitaux ont ainsi vécu plusieurs *sit-in* par jour, ou même par semaine. Cette stratégie comporte diverses implications : sauter les échelons de superviseur·es pour se faire entendre, refuser la négociation individuelle et décider collectivement de l'organisation du travail. Le *sit-in* force également le syndicat à gérer une situation immédiate et défie la loi sur les services essentiels et les limitations du droit de grève liées à la signature d'une convention collective. Bien que quelques employeurs fassent appel aux tribunaux pour déclarer ces actions illégales (Fleury, 2022; Tremblay, 2021), plusieurs des *sit-in* se soldent par des ententes. L'entente peut comprendre, par exemple, une augmentation du salaire pour les heures supplémentaires, l'octroi du droit de décider entre infirmier·ères du nombre de personnes en TSO et la prévision à l'avance des prochains quarts de travail supplémentaire. Plus largement, l'action vise à inverser les rapports de pouvoir entre gestionnaires et équipe de plancher afin que les personnes en soins infirmiers soient incluses dans le processus décisionnel entourant leur horaire de travail. Les *sit-in* ont en ce sens rendu visible cet enjeu dans l'espace médiatique et au gouvernement. Certaines équipes mettent maintenant à l'essai de nouveaux modes d'organisation des horaires qui laissent au personnel la possibilité d'indiquer à l'avance, sans contrainte, le travail supplémentaire accepté ou non. On peut considérer que ces options n'auraient pas été proposées sans la mobilisation.

Rappelons, également, que dans le cas des soins infirmiers, l'ordre professionnel impose une responsabilité légale aux personnes en soins infirmiers devant assurer la sécurité et les bons soins des patient·es à leur charge. En sous-effectif ou après plusieurs heures de travail, ils et elles soulignent unanimement le danger que les conditions de travail font peser sur les patient·es et sur les professionnel·les. La possibilité de passer à l'action malgré l'ampleur des contraintes distingue les soins infirmiers du travail social. C'est la force des liens de leur réseau social et de l'identité professionnelle qui permettent aux infirmier·ères d'agir malgré la fermeture du contexte. Les actions comme les *sit-in* sont donc non seulement menées dans le but de changer les rapports de force dans le milieu de travail, mais également pour se protéger et pour protéger le public.

L'extrait suivant explique le fonctionnement de cette action dans un hôpital, où plusieurs équipes différentes utilisent le *sit-in* comme moyen d'action :

Caroline : Durant un des gros sit-in l'année dernière, on a fait déplacer la direction qui a fini par nous dire « il faut mettre la main à la pâte puis vous allez travailler ». Ensuite, elle a refait le tour de l'équipe. Même si tout le monde disait non, elle a fini par trouver une fille qui était malade qui acceptait de rentrer quand même. On s'est dit que ça ne passait pas. On a dit qu'elle ne rentrait pas. Puisque je représentais le groupe, j'ai fini par mettre devant la direction la liste des valeurs des soins infirmiers puis la mission de l'hôpital, en les invitant à revoir pourquoi ils sont ici. [...] On reste ensemble parce que celles qui sont forcées à rester, souvent elles ont des enfants et elles en pleurent. Dernièrement la charge est vraiment difficile fait qu'en plus t'as pas diné, t'as de la misère à aller aux toilettes, la situation en ce moment est hyper anxiogène puis tu mets tout ça ensemble, c'est assez pour que quelqu'un craque. [...] Entre équipes de travail, on a fini par se coordonner. On se le dit en avance quand il manque, par exemple, cinq filles pour le prochain quart de travail. Ça nous laisse le temps de nous organiser. On ne s'entend pas nécessairement sur tout, mais on partage les mêmes limites. Face aux problèmes, on a développé des affinités. Souvent c'est nous-mêmes qui règlent nos trucs entre nous. On essaie de trouver d'autres choses avant de se rendre au *sit-in*, mais c'est leur manière de gérer qui nous ramène tout le temps là. (Entretien individuel, représentante de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers)

6.5.3 Analyse comparée des actions collectives de confrontation

Comme le montre l'extrait en soins infirmiers, le *sit-in* est vu comme une mesure extrême pour un contexte tout aussi intense. À titre de dernier recours, le *sit-in* vient mobiliser l'ensemble de l'équipe pour cesser les mesures coercitives et les décisions prises à leur égard sans qu'ils et elles ne soient consultés. Les *sit-in*, comme les *march on the boss*, reposent sur l'unité de l'équipe. Si une personne s'en dissocie, la force de l'action en est directement affectée. La capacité de rassemblement en soins infirmiers explique ainsi la plus forte propension à mener ce type d'action. Malgré l'instabilité accentuée par les changements organisationnels depuis 2015, les équipes en soins infirmiers sont physiquement plus rapprochées puisqu'elles sont assignées à une unité de soins (et non à des patient·es), parce qu'elles y sont plus nombreuses et parce qu'elles partagent plus souvent un même milieu de travail. Ces éléments communs solidifient leurs liens et le sentiment d'appartenance à l'équipe, structurant une identité collective qui facilite le passage à l'action (Passy et Giugni, 2001). En travail social, il est très fréquent que les lieux de travail soient organisés par bureaux individuels ou en aire ouverte avec bureaux individuels. Les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales ne travaillant par ailleurs que rarement auprès des mêmes personnes ou étant rarement plus de quelques individus dans un même programme, le partage du quotidien est plus complexe. En soins infirmiers, il est fréquent de partager le travail au sein d'une unité sans avoir d'espace réservé ou de patient·es attribué·es. Si un nombre important de désavantages pour les travailleurs et travailleuses découlent de ce type d'organisation, celui-ci a néanmoins l'avantage de faciliter le partage d'un quotidien. Malgré les différences interpersonnelles, les professionnel·les possédant un réseau social plus stable et une identité professionnelle plus clairement définie ressentent un plus grand sentiment d'appartenance au groupe et partagent davantage leur quotidien de même que la charge émotionnelle qu'il implique, ce qui signifie qu'ils et elles sont davantage à même de passer à l'action ensemble (Haunss, 2022; Hunt et Benford, 2004; Taylor et Whittier, 1992).

Bien que ces deux exemples renvoient à des actions effectuées en collaboration avec l'équipe directe de travail, ce à une échelle locale, l'articulation plus claire de l'identité professionnelle en soins infirmiers et les liens faibles entre un plus grand nombre de réseaux sociaux de praticien·nes a pour effet de diffuser plus facilement les moyens d'action entre équipes et milieux de travail. Ce faisant, les actions effectuées avec le réseau composé de liens forts (généralement à l'échelle

locale) peuvent prendre une ampleur régionale et nationale grâce aux différentes équipes qui emboîtent plus facilement le pas. Ici donc, les liens faibles avec d'autres équipes de travail facilitent la diffusion du moyen d'action, tandis que les liens forts à l'échelle locale facilitent le passage à l'action sur le milieu de travail. Les *march on the boss* n'ont quant à elles que peu circulé depuis l'entrée en vigueur de la loi 10 et de ses différents effets. Dans les groupes de discussion, les participant·es peinaient à concevoir avec qui organiser une telle action, qu'ils et elles idéalisaient pourtant.

Si les soins infirmiers se distinguent par leur plus grande facilité à passer à l'action, ce milieu, comme les autres, n'est pas exempt de contradictions et de dynamiques d'exclusion qui rendent l'accès au réseau social inégal. Notamment, la variation du niveau d'éducation en soins infirmiers, dont les formations vont de la technique professionnelle au doctorat, crée des disparités sur le plan des salaires, des répartitions de tâches et des pouvoirs décisionnels. De même, la racialisation est un des facteurs influençant la possibilité d'engagement dans le mouvement en soins infirmiers, notamment à cause de l'intersection d'oppressions qui précarisent particulièrement les femmes racisées (Apeosa-Varano et Varano, 2004). Si les enjeux de racisme ne sont pas réfléchis par le groupe, la manière dont se structure l'identité peut exclure plusieurs personnes. Il se peut également que l'identité collective soit basée sur des normes et des référents qui ne rejoignent pas autant les femmes racisées ou encore issues de l'immigration. De même, le choix d'action peut ne pas tenir en compte les plus grands préjudices que peuvent subir les personnes racisées. Ce point a d'ailleurs été soulevé par une travailleuse sociale active dans deux CHSLD. L'évaluation des risques d'une action politique pour une personne racisée peut être plus élevée que pour une personne qui n'est pas susceptible de vivre de la discrimination raciale dans le cadre de son travail ou de son activité politique. Si les femmes blanches qui dénoncent des situations dans le cadre de leur emploi se font fréquemment invalider par leurs supérieurs, qui expliquent leurs actions par la fatigue, l'irrationalité ou l'émotion, les femmes racisées sont encore plus susceptibles de faire l'objet d'une telle invalidation.

Il reste qu'à l'échelle d'une profession comme les soins infirmiers, la clarté des référents identitaires, les normes et le milieu partagé facilitent la création de liens sociaux forts et l'action collective. Les personnes en soins infirmiers ont une identité professionnelle plus clairement définie, ce qui leur permet de savoir ce qui leur revient et ce qui outrepassé leur mandat. Pour les

professions comme le travail social, les équipes de travail local peinent davantage à saisir les opportunités du milieu. Ces conclusions confirment que l'identification forte et claire à un groupe facilite le passage à l'action (Klandermans, 2004; Reger, 2021). La comparaison entre les deux professions prend toute son importance, lorsqu'analysée sous le prisme de l'identité : malgré les contraintes organisationnelles, institutionnelles et sociales, les professions historiquement féminisées trouvent des moyens de se mobiliser grâce à des liens sociaux forts, à un sentiment d'appartenance et à une clarté identitaire. Les actions sont généralement à l'initiative des membres de l'équipe locale, effectuée de manière spontanée et sans soutien externe. Les professions où l'on retrouve une identité collective plus claire et des liens plus forts ont plus de chances de mener des actions collectives et de les rendre plus perturbatrices et visibles.

Importance des réseaux informels pour l'action des métiers relationnels

L'identité collective est profondément liée au sentiment d'appartenance. Tel qu'illustré par les exemples précédents, le sentiment d'appartenir à un groupe et l'attachement à ce dernier est essentiel pour développer une identité commune. Par ailleurs, le sentiment d'appartenance est généralement étudié à l'égard de groupes formels (Flesher Fominaya, 2018). L'étude des mobilisations en travail social et en soins infirmiers au Québec démontre l'importance des réseaux sociaux informels comme base de l'identité collective professionnelle et politique. Alors que ces professions sont rarement structurées autour d'un volet identitaire et politique, les liens forts avec l'équipe de travail immédiate permettent tout de même de développer leur identité collective grâce à la proximité et au sentiment d'appartenance. Comme l'expliquent quelques recherches (della Porta et Diani, 2006; Flesher Fominaya, 2018; Haunss, 2022; Passy et Giugni, 2001), plusieurs formes de mobilisation ne s'expliquent que par la prise en considération de structures peu formalisées, dans lesquelles on retrouve des éléments identitaires importants. C'est le cas de plusieurs des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude. Bien qu'il soit question de professions encadrées par des institutions fortes et des syndicats nationaux, il ressort de l'ensemble des entretiens de groupe que ce qui définit la profession est largement influencé par l'appartenance à l'équipe de travail locale. Quelques exceptions se remarquent par ailleurs en soins infirmiers, où quatre personnes interrogées donnent autant d'importance au syndicat régional dans lequel ils et elles s'impliquent que dans leur équipe locale. Une personne en travail social a affirmé s'identifier davantage à son syndicat national avant la réforme de 2015, ayant par ailleurs délaissé cette

implication à la suite d'un changement d'affiliation syndicale suivant les fusions d'établissements. Certains éléments plus de plus grande envergure restent également influents, notamment le cadre de référence professionnel, qui inclut les valeurs et la mission des professions.

Que ce soit en travail social ou en soins infirmiers, chaque personne a sa propre définition du travail, de l'équipe de travail et de ce qui les unit. Il reste que dans le socle commun de ces différentes perceptions se loge un sentiment d'appartenance, des pratiques communes, le développement de liens de confiance et d'une analyse partagée du sens de la profession. On y retrouve donc l'identification au groupe, théorisée par Hunt et Benford (2004) comme un élément majeur de la solidarité nécessaire à la fois au développement de l'identité collective et au passage à l'action. Dans un cadre peu formalisé comme celui qui nous concerne, conceptualiser l'identité collective non pas comme une formule donnée, mais bien comme un processus de construction identitaire (Flesher Fominaya, 2018; Melucci, 1995) prend tout son sens, en ce que les référents locaux partagés y facilitent l'action collective et qu'en retour, ces actions structurent les référents identitaires communs. Pour faciliter l'action collective, l'identité n'a pas nécessairement besoin d'être formalisée, largement réfléchi par l'ensemble des membres ou encore, de s'inscrire dans un mouvement plus large. Au-delà donc de la formalité du groupe, le sentiment d'appartenance et la solidarité construite localement semblent importer davantage pour que des professions féminisées se mobilisent dans le cadre institutionnel.

Intersection de l'identité collective et de la structure des opportunités spécifiques

Comme discuté dans les précédents chapitres, la structure des opportunités spécifiques influence largement la propension à passer à l'action des individus en travail social et en soins infirmiers. Sectorielle ou non, la structure n'explique par ailleurs pas tout du passage à l'action (Staggenborg, 1998). En étudiant également l'importance de l'identité collective et de ses composantes, ma thèse montre que face à une fermeture similaire des opportunités spécifiques, tous les corps professionnels et toutes les équipes de travail ne réagissent pas de la même manière. La comparaison entre deux professions et l'interrogation d'individus présent·es dans différentes équipes de travail du Québec révèle que face à une fermeture importante de la structure des opportunités spécifiques, la solidité de l'identité professionnelle et des liens sociaux fait varier la propension à passer à l'action, notamment par des moyens jugés plus radicaux, comme le *sit-in* en

soins infirmiers. Si la théorie de la structure des opportunités spécifiques souligne déjà la tendance à utiliser les moyens plus radicaux dans un contexte de fermeture, mon terrain permet d'identifier les ressorts grâce auxquels un groupe se mobilise, ce dans un contexte moins tolérant à l'échelle locale.

Les référents identitaires sont ainsi une clé que les infirmier·ères peuvent davantage mobiliser qu'en travail social pour compenser le manque d'ouverture. À l'échelle locale, le sentiment d'appartenance à l'équipe de travail, la solidarité entre collègues et donc, les liens sociaux forts font varier la propension à passer à l'action dans un contexte fermé où les sanctions sont fréquentes. À l'échelle de la profession, les infirmier·ères peuvent également se référer davantage à l'historique militant de leur profession et au répertoire d'action construit au fil des mobilisations.

Ce qui fait que la contestation reste envisageable dans un milieu institutionnel perçu comme fermé n'est pas aussi clair en travail social qu'en soins infirmiers. Souvent, en ce qui a trait au travail social, ni l'identité professionnelle ni l'équipe ne peuvent agir comme ressources face au manque d'ouverture institutionnelle. L'identité professionnelle en travail social étant plus floue et les limites des tâches revenant au travail social étant moins claires, refuser une tâche, exiger une ressource ou encore interpeller l'interlocuteur adéquat dans la structure est moins évident. De même, l'identité militante moins développée que dans les professions comme les soins infirmiers limite les référents historiques desquels s'inspirer. Finalement, l'étalement des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales dans un espace physique beaucoup plus large qu'en soins infirmiers diminue également la capacité du réseau social à faciliter des actions contestataires dans un cadre plus contraignant.

La radicalité de l'action collective comme dépassement des normes

L'attention portée aux mobilisations autonomes des métiers relationnels a montré l'importance des actions locales provenant de groupes peu formalisés sur le plan politique. On y retrouve plusieurs types d'actions qui ne sont pas a priori perçues comme contestataires, comme le fait d'oser dire « non » ou encore le ralentissement du rythme de travail. Par ailleurs, on y retrouve également des actions très radicales qui, autrement, n'auraient pas nécessairement pu être documentées, comme la *march on the boss* en travail social. Bien que plusieurs sources documentent déjà des moyens

d'action en soulignant l'importance de l'agir collectif dans le maintien d'une cohérence entre le travail et l'idéal professionnel (de Gaulejac, 2010), aucune source consultée ne relève la *march on the boss* comme option du répertoire d'action collective des métiers relationnels. L'importance de rendre visible ce type d'option relève de sa radicalité, qui détonne des stéréotypes genrés à l'égard des emplois féminisés. Elle permet également de souligner la variété d'actions qu'il est possible de mener dans un cadre institutionnel (Andrew et McLaren, 2014). La *march on the boss* et le *sit-in* comme moyen d'interruption du travail exigent un réseau social composé de liens forts. En documentant ce type d'action, même si celles-ci ne sont pas nombreuses, mon étude montre que les options de mobilisation des métiers relationnels dépassent certaines idées préconçues sur le manque de radicalité des professions du *care* ou encore sur la difficulté à les mobiliser. L'analyse du militantisme de professionnel·les de métiers féminisés indique qu'ils et elles sont capables 1) de se mobiliser collectivement, 2) d'utiliser les moyens d'action basés sur la confrontation et donc 3) de dépasser les normes genrées qui cadrent leurs professions, leur place dans l'institution et, à certains égards, leur rapport à l'action collective.

Une analyse des rapports de pouvoir permet de constater que ce genre de moyen d'action collective s'inscrit dans une démarche de reconnaissance de leur place dans l'institution. Les actions collectives comme celles décrites précédemment sont motivées par un sentiment de justice et un besoin d'inclusion dans leur milieu, mais elles relèvent également de l'identité collective en ce qu'elles invalident la représentation des métiers relationnels. Si les *sit-in* à répétitions et les *march on the boss* ne suffisent pas à changer durablement la situation, ce type d'action permet néanmoins aux individus de se construire en tant qu'acteurs et actrices politiques. Il s'agit pour ces individus de se faire reconnaître comme interlocuteur collectif (Melucci, 1995), capable de décider de leur propre horaire, de leurs mandats et de leur approche thérapeutique.

Dans le cas des métiers du soin, les contraintes comme la loi sur les services essentiels et la socialisation professionnelle genrée sont des facteurs qui font en sorte que les travailleurs et les travailleuses ont tendance à choisir des actions souvent symboliques qui évitent trop de perturbation du milieu de travail (Perron, 2013) et qui convient à leur peur de nuire aux patient·es (Boivin et al., 2017). Ces résultats corroborent ceux de la littérature portant sur le caractère genré des réseaux sociaux (Freeman, 1973; Reger, 2021; Taylor, 1999). Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une subversion des pratiques, soit d'un moyen collectif d'influencer les rapports de force

et de favoriser la reconnaissance des qualifications. Plus encore, l'étude de différents niveaux de mobilisation démontre que leur répertoire se compose également d'actions perturbatrices et basées sur la confrontation. Lorsque les actions sont rendues publiques et qu'elles sont largement diffusées, comme les *sit-in* en soins infirmiers, mais également comme les manifestations organisées en travail social à Amos, Montréal, Québec et Sherbrooke par le RECIFS en 2019 (Radio-Canada, 2019), ces tactiques témoignent efficacement du message d'urgence qu'ils et elles souhaitent transmettre à la population et aux élu·es politiques. En fin de compte, l'étude de l'identité collective indique que les métiers relationnels développent un répertoire d'action collective qui convient à leur degré d'organisation, à la clarté de l'aspect politique de leur identité professionnelle et au contexte de travail local.

6.6 Influence de la délimitation sur le processus de mobilisation et sur l'identité collective

Cette section détaille l'importance de l'aspect processuel du travail identitaire pour les professions du *care* à partir de deux exemples de mobilisation utilisant des mécanismes de délimitation (*boundary*) dans le but d'influencer le passage à l'action et de valoriser le caractère politique de leur identité professionnelle.

La délimitation est l'un des mécanismes qui contribuent à définir l'identité collective (Flesher Fominaya, 2007, 2010, 2016; Hunt et Benford, 2004; Melucci, 1995; Taylor et Whittier, 1992; Tilly, 2004). Il s'agit d'un processus par lequel un groupe définit ce qui le distingue des autres groupes. Cette différenciation peut être faite à l'intérieur d'un groupe, entre membres, ou encore à l'égard d'autres groupes. Le travail de délimitation se fait à partir de plusieurs mécanismes dont l'exclusion, la ridiculisation et le partage d'une pratique commune (Hunt et Benford, 2004; Gamson 1997; Taylor et Whittier, 1992). La délimitation s'inscrit dans un processus de développement d'un sentiment d'appartenance et d'une mutualité entre personnes se reconnaissant dans l'identité collective en question.

L'identité collective étant définie comme un processus (Flesher Fominaya, 2010, 2018), certains moments ont pour effet de la structurer alors que d'autres sont plutôt structurés par elle. Alors que la section précédente a permis d'analyser les manières dont l'identité collective aide à passer à l'action, les exemples suivants servent à analyser les manières dont l'action politique aide à

renforcer le caractère politique de l'identité professionnelle des métiers relationnels. Les résultats révèlent que la délimitation est un processus essentiel de la construction identitaire, tout particulièrement pour les milieux peu formalisés comme celui de l'intervention et des soins. L'un des cas utilisés, celui du travail social, contribue également à identifier un mécanisme de délimitation par l'humour. Alors que la plupart des mécanismes de délimitation documentés par la littérature se réfèrent à la distanciation par la négative, l'usage de l'humour est ici vu comme un mécanisme servant à identifier positivement un « nous » professionnel et politique en travail social. Finalement, sans prétendre contribuer à la sociologie des communications ou des médias, l'exemplification des mobilisations à l'aide de deux cas précis se déployant sur les médias sociaux permet de réfléchir à l'importance des plateformes numériques dans l'identité collective de groupes partageant la même profession et le même employeur.

6.6.1 Humour et travail de l'identité professionnelle politisée

La page Facebook *Organisation structurelle coconstruite de lo praticienxe réflexive (OrgStruc)* a été créée en 2019 par des personnes dont l'identité demeure secrète. Ces personnes instigatrices y publient plusieurs fois par jour des *memes* dont le point commun est de relever avec humour des éléments des métiers de l'intervention sociale (dont fait partie le travail social) ou de sujets connexes. La page compte actuellement 66 000 abonné·es et les publications sont « aimées », partagées et commentées chaque fois par des centaines de personnes. La majorité des publications parlent directement de l'intervention sociale, de l'institution de la santé et des services sociaux en général et des modes de gestion de cette dernière. Plusieurs publications servent également à commenter l'actualité politique de manière critique et humoristique à partir du point de vue des métiers relationnels. Plus marginalement, d'autres publications sont faites sous forme de texte, et d'autres encore proviennent d'abonné·es ou d'autres groupes. À cet effet, la plateforme est à la fois productrice de matériel et diffuseuse de contenu entourant des éléments du travail social. L'extrait d'entretien qui suit explique la démarche qui se situe à la base de cette page. J'ai pu m'entretenir avec une personne impliquée dans la gestion de la page. Il s'agit d'une personne qui fait comme ses collègues de l'intervention sociale depuis plusieurs années et qui a rapidement voulu agir sur les lacunes de son milieu de travail.

Gabriel : On a commencé la page dans une visée de dénonciation, mais on ne pensait jamais rejoindre des milliers de personnes. Au fur et à mesure, on a rendu le contenu plus politique et on a appelé à des actions. La page est devenue une espèce d'identité en soi, on ne s'y attendait pas, mais la page parle plus d'intervention sociale que n'importe qui dans la société. Pour nous, c'est ce qui doit suivre la réforme Barrette. Ça sert à la solidarisation, à décrier haut et fort tout ce qui se passe partout, mais par l'humour. Grâce à la page, on a fait des levées de fonds pour des personnes qui ont été renvoyées après avoir critiqué leur employeur. Sans faire de manifestation, on fait une forme de sensibilisation, de conscientisation puis de solidarisation. (Suivi individuel en travail social, groupe 2)

Comme l'extrait l'indique, l'objectif de la page est à la fois de diffuser une critique politique des conditions dans lesquelles s'effectue le travail, mais également de rassembler avec humour les professionnel·les. À partir de ces publications, la page agit comme un espace relativement sécuritaire de défoulement, où se reconnaître à la fois comme membres de cette communauté et de la profession. Il s'agit d'ailleurs du propre des *memes*. Ce type de publication a pour particularité de se composer de textes, de vidéos ou d'images issus de la culture populaire afin de créer une juxtaposition humoristique subséquentement partagée (Davison, 2012; Rudnicka-Lavoie, 2020; Knobel et Lanksthear, 2005). Le *meme* sert à diffuser une opinion, une information ou encore une idée à un public dont les référents culturels sont connus et utilisés et il s'inscrit également dans le « ugly esthetic », dans lequel il est fréquent de retrouver des erreurs orthographiques et syntaxiques (Rudnicka-Lavoie, 2020). Il s'agit autant d'un type d'humour renversant l'esthétique et les normes majoritaires que d'une manière de créer un contenu unique se distinguant des autres métiers. Étant produits par des personnes elles-mêmes en intervention sociale, les *memes* recourent aux enjeux soulevés par les personnes ayant participé aux entretiens de groupes dans le cadre de cette thèse : épuisement, dépression, manque de considération du jugement et de l'autonomie professionnelle, surcharge de travail, manque de liens entre la formation et la pratique, incompréhension des réalités de terrain par les paliers gestionnaires, privatisation et sous-financement. Plusieurs *memes* renvoient aux enjeux vécus par des professions en particulier (soins infirmiers, travail social, sage-femme, préposé·e aux bénéficiaires). Par exemple des *memes* sur le décalage entre la formation et

la pratique en travail social reprennent avec dérision des termes de l'intervention sociale (reflet empathique), des expressions spécifiques à la manière de rédiger des dossiers (« remercions ») ou encore des termes relevant des approches théoriques du travail social (École de Chicago).

Figure 6.2 *Meme* sur la formation en travail social

Quand c'est l'heure
de mettre en application
les apprentissages
de ton BAC en travail social.



Meme publié le 16 mai 2020 sur la page *OrgStruc*. 585 réactions, 346 commentaires, 31 partages. Capture d'écran effectuée le 12 février 2021.

Les personnes interrogées expliquent le succès de la page par le manque de référents identitaires vers lesquels peuvent se tourner les professionnel·les de l'intervention sociale. La page *OrgStruc* est en effet rapidement devenue un référent commun, notamment en travail social, de sorte que les gens en discutent entre eux et elles, en s'identifiant dans les publications et en les partageant sur leur propre page. Cette dynamique réfère à l'action comme un vecteur de l'identité collective (Melucci, 1995). Partant de l'intention de dénoncer des situations qui posent problème, l'action a un effet structurant sur la manière de se rassembler autour de référents communs. Le filon par lequel la page développe l'identité professionnelle au moyen de l'humour génère également des actions d'affichage sur les milieux de travail où des *memes* sont imprimés et affichés anonymement sur les murs de l'établissement afin d'y rendre visible les critiques du milieu institutionnel. D'autres font parvenir aux gestionnaires de la page des photographies de messages reçus de l'employeur pour en faire ressortir de caractère inadéquat. Finalement, plusieurs personnes s'affichent avec des

symboles du groupe *OrgStruc*, créant un effet de sous-culture entre personnes qui se reconnaissent comme professionnel·les politiques et critiques de leur milieu de travail.

Aucun corollaire n'a été trouvé dans d'autres groupes ou initiatives de mobilisation en soins infirmiers et ces publications en viennent ainsi à développer un corpus d'éléments liés au travail social, réactualisé par le biais de publications humoristiques et diffusées par un public qui, autrement, ne ferait pas cette mise en commun de référents culturels. Les personnes en travail social l'utilisent en ce sens comme moyen de distinction de leur profession. La délimitation se constate également par la manière dont on y situe les métiers de l'intervention sociale, comme le travail social notamment, par rapport aux autres professions en santé et services sociaux : l'intervention sociale semble mieux comprendre ce qui pose problème dans l'institution, gère des cas plus complexes que d'autres et traite les urgences avec peu de moyens. Cette tendance n'est pas sans rappeler le concept de « shared emotion » proposé par James Jasper (1998), c'est-à-dire des émotions dirigées vers un acteur externe au groupe (par exemple l'employeur ou l'ordre professionnel). Ici, l'émotion partagée permet de créer un « nous » se distinguant de ceux qui ne peuvent pas partager cette émotion. Une délimitation s'y opère donc, plaçant l'intervention sociale dans une catégorie d'intervention plus complexe que d'autres et, surtout, dont le succès repose sur la qualité des professionnel·les :

Figure 6.3 *Meme* sur la complexité du travail social



Meme publié le 30 juillet 2020 sur la page *OrgStruc*. 300 réactions, 81 commentaires et 40 partages. Capture d'écran effectuée le 12 février 2021.

Ces publications ciblent principalement l'institution en général, le ministère de la Santé et des Services sociaux, les établissements tels que les CSSS et les gestionnaires. Par exemple, il est fréquent que de nouvelles mesures ou politiques y soient critiquées comme étant insuffisantes ou nuisibles. De même, le style de gestion, la place faite à l'intervention sociale durant les rencontres et la reddition de comptes exigée par les gestionnaires sont fréquemment mis en exergue par les *memes* :

Figure 6.4 Meme sur la prise de parole en travail social



Meme publié le 2 juin 2020 sur la page *OrgStruc*. 2 600 réactions, 464 commentaires, 395 partages. Capture d'écran effectuée le 29 août 2022.

Bien que les personnes créant les *memes* ne soient pas elles-mêmes issues du travail social, le repartage massif des publications par des personnes en travail social permet de consolider leur identité professionnelle. Comme l'expliquent une des personnes instigatrices de cette page, les publications servent de contrepoids aux effets de la loi 10 et, plus largement, aux effets des politiques néolibérales sur la santé et les services sociaux. Le partage de ces publications donne

lieu à un discours liant le travail social à la vie politique de la société et de l'institution de la santé et des services sociaux en proposant une ligne politique, mais également en ouvrant le sujet pour des débats et des échanges sous les publications.

6.6.2 Délimitation par la campagne *Bas les masques!* en soins infirmiers

La campagne *Bas les masques!* est l'initiative d'un groupe affinitaire principalement issu des soins infirmiers. Composé de personnes de plusieurs régions du Québec, l'objectif de ce groupe était d'attirer l'attention médiatique et politique sur les conditions de travail en soins infirmiers depuis l'entrée en vigueur de l'arrêt ministériel durant la pandémie de COVID-19. La première d'une série d'actions, la campagne *Bas les masques!*, lancée en mai 2020, proposait aux personnes en soins infirmiers de publier leur portrait en noir et blanc sur une page Facebook en y affichant un masque avec une croix dessus, symbolisant leurs voix muselées. Le masque était massivement porté à cause de la pandémie de COVID-19 et ces images constituent un symbole fort de la solidarité en santé tout en assurant l'anonymat des personnes participantes. En 24 heures, le groupe a récolté plus de 250 photos qui ont par la suite servi à créer une vidéo. Les photographies ont été partagées sur Facebook et sur d'autres plateformes par des milliers de personnes et de groupes, ont suscité des centaines de commentaires dans lesquels on retrouve d'autres photographies, des témoignages, des débats et des revendications. L'extrait suivant explique la démarche :

Ines : C'est moi qui suis sur la première photo de Bas les masques. On a fait la photo en noir et blanc sous les conseils d'une personne très expérimentée en militantisme qui disait que ça aurait plus d'impact. On a ajouté à la publication un message sur ce que l'arrêt ministériel et la loi du silence nous font vivre. On savait que notre photo pouvait être percutante, mais on ne s'attendait pas à ce qu'autant de monde embarque. La photo a été partagée sur les médias sociaux des milliers de fois par des députés de Québec Solidaire, des artistes comme Dan Bigras, plein de monde. On ne s'y attendait pas du tout. On a demandé aux infirmières de faire pareil ; chaque infirmière pouvait publier sa photo en noir et blanc avec un X sur le masque et pouvait écrire un texte dénonçant ce que l'arrêt ministériel et l'omerta font dans leur situation propre. (Suivi individuel en soins infirmiers, groupe 1)

L'ensemble des photos envoyées pour la campagne présente des professionnel·les en uniforme de travail et presque toute avec stéthoscope au cou. La campagne *Bas les masques!* repose sur des marqueurs identitaires et des symboles phares des soins infirmiers, qui est représentée comme une profession à part entière, digne de porter le stéthoscope généralement attribué à la médecine, mais qui vit des enjeux uniques dans le système de santé et services sociaux. Alors que d'autres représentations des soins infirmiers se concentrent davantage sur une image stéréotypée d'aidante empathique faisant appel à la naturalisation des qualifications nécessaires aux soins infirmiers, la campagne *Bas les masques!* mise plutôt sur des symboles qui soulignent le caractère sérieux, professionnel et spécialisé des soins infirmiers.

Cette manière de cadrer la critique du délestage et de l'omerta par rapport à une conception spécifique aux soins infirmiers, sans inclure les métiers relationnels ou encore les autres professions de la santé, opère une délimitation de ce que vivent les personnes pratiquant ce métier. Bien que d'autres professions aient été touchées par les enjeux de mobilité du personnel durant la COVID-19 et par la culture du silence imposée par l'institution, la campagne se limite aux soins infirmiers afin que leur cause particulière soit entendue. Plusieurs commentaires publiés sous les photographies questionnent d'ailleurs l'exclusion des autres professions en santé et services sociaux, qui vivent pourtant des effets similaires. Les réponses à ces interventions renvoient à la volonté de parler spécifiquement des soins infirmiers et de se rassembler à titre d'infirmier·ères, invitant les autres professions à faire de même. La plupart des commentaires sont par ailleurs des mots d'encouragement, des remerciements et des dénonciations d'autres infirmier·ères, ce qui témoigne de la pertinence de l'action pour les soins infirmiers. Le processus de délimitation ne sert donc pas dans ce cas à développer l'identité professionnelle, mais plutôt à mobiliser les référents communs pour inviter à l'action (Snow, 2001 ; Taylor et Whittier, 1992). En soulignant la conflictualité entre le gouvernement et le personnel des soins infirmiers, la campagne permet de mieux se solidariser entre membres de cette profession et met de l'avant une action pour se faire reconnaître en tant que collectivité (Melucci, 1995). C'est parce que l'action a ciblé un enjeu clé des soins infirmiers et un moyen d'action réaliste pour les personnes issues de cette profession que l'action a rapidement rassemblé des milliers de personnes n'étant pas nécessairement actives au quotidien sur le plan politique, mais qui étaient à l'aise de mener ce genre d'action. En spécifiant simplement quel médium utiliser pour faire valoir ses revendications à l'égard de l'opposant, la campagne *Bas les*

masques! laisse également une marge de manœuvre pour que différents points de vue et revendications puissent être exprimés, tout en créant un sentiment de cohésion autour des besoins de reconnaissance, de valorisation et de respect envers les soins infirmiers.

6.6.3 Conclusion de section

Les mobilisations présentées dans cette section ont en commun d'avoir un effet structurant sur l'identité collective. Dans le cas de la campagne *Bas les masques!*, l'élément collectif de l'identité n'est pas le masque en soi. L'identité collective réside plutôt dans la compréhension implicite des symboles, des termes et de la raison de leur usage particulier en ce qui a trait aux enjeux en soins infirmiers (Flesher Fominaya, 2018). Il en va de même pour la page *OrgStruc* : ce qui développe l'identité collective du travail social ne se résume pas à un symbole partagé. Le travail identitaire réside plutôt dans les échanges que permettent les publications, dans le dialogue qui s'ouvre sur la profession et dans le sentiment d'appartenance qui s'y développe. En mobilisant les symboles et les référents communs, ces actions contribuent à établir un socle commun entre les personnes d'une même profession, permettant d'en politiser le contenu et le regard. C'est ensuite la reconnaissance de ce socle commun qui structure l'identité collective.

En comparant les exemples du travail social et des soins infirmiers, on constate cependant une différence majeure : l'exemple des soins infirmiers constitue une campagne d'action en soi, alors que la page *OrgStruc* est une action menée par certaines personnes, et le fait de consulter la page ne relève pas de l'action en soi. Si ces deux exemples travaillent les composantes politiques de l'identité professionnelle, la mobilisation en soins infirmiers est pour sa part une campagne clairement articulée à laquelle des centaines de personnes ont répondu, ce qui n'est pas le cas pour l'exemple en travail social. Les initiatives de mobilisation sont donc différentes : l'une est une campagne d'action ponctuelle ayant pris de l'ampleur à l'échelle nationale grâce à une mobilisation adéquate de symboles et d'éléments de délimitation de la profession, alors que l'autre développe une plateforme facilitant le processus identitaire du travail social et menant à l'occasion seulement à des actions politiques. Il est donc question d'une campagne de mobilisation en soins infirmiers, tandis que la page *OrgStruc* a plutôt développé un espace s'apparentant davantage au forum. La différence entre les usages du processus de délimitation identifiée pour les actions des deux professions s'explique par la solidité préalable de leurs identités professionnelle et politique

respective. Les soins infirmiers possédant déjà des référents identitaires plus clairs et partagés par une majorité, le processus de délimitation sert à propulser l'action collective, tandis qu'en travail social, il sert d'abord et avant tout à renforcer l'identité professionnelle.

L'aspect processuel du travail identitaire des mouvements sociaux implique également que toutes les personnes touchées ne partagent pas nécessairement les mêmes bases idéologiques, les mêmes pratiques ou encore les mêmes valeurs. L'identité s'y développe dans l'interaction, parfois dans le conflit, et autour de points majoritairement communs qui, eux-mêmes, sont sujets à changement à travers le temps (Flesher Fominaya, 2018; Hunt et Benford, 2004). Pourtant, au travers d'actions à grande échelle, comme la campagne *Bas les masques!* ou la participation à la page *OrgStruc*, des milliers de professionnel·les se rallient à des points communs suffisamment forts pour être en mesure de clarifier leur base identitaire. Au-delà de toutes les différences contextuelles et personnelles, on réussit donc à mettre sur pied des mobilisations importantes grâce à un sentiment d'appartenance qui est cultivé et mobilisé. En retour, ces actions contribuent à clarifier l'identité de chaque profession.

6.7 Conclusion de chapitre

Ce chapitre aborde de deux manières différentes l'identité collective : comme facteur structurant de l'action et comme élément structuré par l'action. À partir d'exemples de mobilisations en travail social et en soins infirmiers, ce chapitre montre l'importance de la prise en considération de l'aspect processuel de la construction identitaire pour comprendre les manières dont celle-ci se crée et influence la manière de passer à l'action. Bien que la clarté de l'identité collective soit un facteur déterminant du passage à l'action pour les professions étudiées, plusieurs actions répertoriées sont menées à partir de groupes informels dont l'identité n'est que faiblement définie. Sans l'attention aux mobilisations discrètes, ces professions pourraient sembler inactives ou faiblement mobilisées. La prise en considération des actions de la part de groupes informels au niveau local révèle une vie militante active, malgré les défis contextuels qui lui sont liés et le travail identitaire à accomplir.

Les données recueillies pointent vers deux tendances. Premièrement, l'historique des professions, la formation professionnelle et les représentations teintent la propension à développer des référents identitaires politiques ainsi que la manière dont le réseau social s'organise dans le cadre du travail.

Deuxièmement, le processus de mobilisation ainsi que les actions menées influencent la force des liens sociaux ainsi que les bases sur lesquelles ils s'appuient.

L'attention aux mobilisations de travailleurs et travailleuses du *care* permet de démontrer l'impact de la socialisation sexuée et des représentations sociales sur la construction identitaire et sur le passage à l'action. Étant partie de l'hypothèse selon laquelle l'identité collective doit être analysée sous le prisme des rapports sociaux de sexe pour comprendre l'action collective dans les métiers relationnels, l'analyse fait ressortir le fait que la socialisation genrée influence l'identité professionnelle. La socialisation genrée affecte également les manières de passer à l'action ainsi que la réception de la mobilisation. Ce faisant, ces résultats contribuent à documenter la manière dont différentes identités (professionnelle, politique et sexuée) interagissent au sein de l'action politique (Polletta et Jasper, 2001).

L'idée selon laquelle les métiers relationnels reposent sur les aptitudes naturalisées des femmes reste socialement prégnante. Cette représentation affecte la reconnaissance des qualifications nécessaires à l'exercice des métiers relationnels et encourage la tendance à prendre au sérieux leurs revendications et leur mobilisation. En témoigne notamment l'usage de représentations comme l'ange gardien, largement répandues durant la pandémie de COVID-19, pour faire référence aux employé·es contraint·es de travailler malgré les risques et les normes de leurs conventions collectives.

En partant des actions locales, souvent invisibles, l'étude montre également que le réseau social constitué de liens forts et la mise en place de mécanismes comme la délimitation (*boundary*) aident à clarifier l'aspect politique de l'identité collective des métiers relationnels. L'exemple du *sit-in* et de la campagne *Bas les masques!* en témoignent. Ces actions sont réalisées en soins infirmiers et non en travail social parce que les soins infirmiers ont tissé des liens sociaux plus forts (Granovetter, 1973, 1983). Il s'agit également d'une profession dans laquelle il existe des liens faibles entre les différentes équipes de travail, permettant une meilleure diffusion des modes d'action (Granovetter, 2018 [1995]). Ces liens sociaux expliquent le passage à l'action plus fréquent et de plus grande ampleur. Contrairement au travail social, la majorité des personnes interrogées évoluant en soins infirmiers est au fait de l'histoire de la profession et de ce qui la distingue des autres professions. Dans un contexte particulièrement fermé, l'analyse indique que

la clarté de l'aspect politique de l'identité professionnelle et l'appartenance à un réseau social constitué de liens forts agissent comme des leviers facilitant l'action. Ce passage à l'action s'accomplit principalement de manière individuelle ou avec l'équipe de travail directe, en abordant des enjeux locaux, pressants et ayant généralement pour cible les supérieurs immédiats. Les actions comme la démission publique, la *march on the boss* pour soutenir une collègue visée par une mesure disciplinaire ou encore le *sit-in* pour gagner un pouvoir décisionnel sur l'organisation des horaires de travail, sont basées sur le partage de valeurs communes, le besoin de reconnaissance des qualifications et du jugement professionnel des métiers relationnels et sur le sentiment d'appartenance.

Si ces actions ne contestent pas directement ce que la socialisation et les rapports sociaux de sexe font aux conditions de travail du *care*, elles ont tout de même des effets émancipateurs qui sortent les militant·es des limites encadrant la définition traditionnelle de leur profession. La documentation d'actions autonomes à l'échelle locale, même si celles-ci ne font pas légion, illustre également un autre pan du répertoire d'action collective des métiers relationnels (Freeman, 1973; Reger, 2021; Taylor, 1999). Au-delà du répertoire d'actions syndicales classique, qui comprend notamment la négociation et les griefs, l'analyse des pratiques autonomes locales révèle l'importance des actions de faible ampleur et peu perturbatrices. C'est le cas des campagnes sur les médias sociaux tel que *Bas les masques!* en soins infirmiers, la publication des *memes* en travail social ou, tout simplement, de la capacité à dire « non ». L'étude signale également la présence d'actions plus perturbatrices, dites radicales comme la *march on the boss* ou le *sit-in*. Ces actions, qui sont menées dans des milieux où l'identité collective et les liens sociaux sont plus consolidés, permettent de comprendre que les métiers relationnels ont un répertoire d'action collective qui leur est propre : celui-ci comprend notamment plusieurs types d'actions de résistance, de dénonciation individuelle et collective par lesquelles des gains sur la situation immédiate sont occasionnellement obtenus.

Plusieurs des actions du répertoire des métiers relationnels sont sous-estimées. La documentation d'une situation dans le milieu de travail, la dénonciation et le fait de dire « non » (individuellement ou collectivement) aux gestionnaires ne sont que quelques exemples d'actions mentionnées par les participant·es de l'étude qui, souvent, ne remarquent pas le potentiel subversif de ces actions. Il faut souligner que, même pour les participant·es, il était parfois difficile de se positionner comme

militant·e ou d'affirmer que les gestes posés constituent de l'action politique. Une personne n'avait par exemple pas saisi, avant d'en faire part au groupe, que le ralentissement volontaire du rythme de travail pour contester une nouvelle mesure administrative était une action politique, que peu osent mener par ailleurs. La vision classique de l'action politique, ancrée dans une représentation d'action de masse, visible et perturbatrice, nuit à la reconnaissance des mobilisations discrètes, qui sont souvent les plus fréquentes dans les milieux moins formalisés. En documentant les initiatives autonomes des métiers relationnels du milieu institutionnel, ce chapitre contribue à élargir la compréhension et la représentation sociale de l'action politique et, par le fait même, à légitimer les formes d'action discrètes au sein des institutions.

Une partie de la littérature sur le féminisme d'État aborde depuis quelques décennies déjà les enjeux de reconnaissance du militantisme institutionnel. Les travaux de Lee Ann Banasak (2001, 2005, 2010) et de Katzenstein (1998a, 1998b) mettent tout particulièrement l'accent sur l'intersection entre État et mouvement social. Il s'agit d'une perspective qui permet d'invalider l'opposition entre État et mouvement social en mettant de l'avant les militantismes individuel et collectif qui ont cours au sein des institutions. Les actions discrètes, individuelles et collectives, des professionnel·les correspondent aux « movement insiders » de Banaszak (2005) et aux « unobtrusive mobilization » de Katzenstein (1998b)³². Ces concepts permettent de reconnaître les avancées réalisées par des personnes et des petits groupes pour faire respecter des droits et mettre de l'avant leurs revendications dans un contexte institutionnel particulier. Les données recueillies corroborent ainsi le déploiement de la mobilisation dans le cadre institutionnel grâce à des formes d'engagement en cohérence avec le cadre professionnel et l'action politique. Ces résultats

³² D'autres travaux abordent le féminisme d'État et l'intersection entre État et mouvements sociaux. Notamment, les travaux de Laure Bereni et de Anne Revillard (2018) révèlent qu'au-delà des individus et des groupes informels, les institutions elles-mêmes peuvent faire partie d'un mouvement social. Bien que ce genre de proposition entre en concurrence directe avec la logique défendue ici, mes données ne permettent pas d'identifier l'interaction entre une profession ou un établissement et un mouvement social. Bereni et Revillard soulignent notamment que ces institutions sélectionnent des profils d'employé·es ayant une perspective féministe et que l'institution elle-même socialise à un féminisme particulier. Ensuite, l'institution est à même de créer une perspective féministe et de la défendre face au reste de l'institution et dans le mouvement. Les professions analysées ayant une identité politique et professionnelle encore en développement, leur niveau de structuration est incomparable à celui des institutions dont parlent Bereni et Revillard (2018). Leur proposition est pensée pour des institutions comme le Conseil du statut de la femme et non pour des professions. Il faudrait effectuer une recherche subséquente afin d'analyser le mode d'interaction d'une profession entière avec l'institution et un mouvement social particulier.

impliquent également la reconnaissance de moyens d'action et de formes de militantismes propres au milieu institutionnel.

Si plusieurs chercheuses insistent sur l'importance de développer un registre d'actions qui contestent ouvertement et collectivement les effets des rapports sociaux de sexe sur les métiers relationnels (Briskin, 2012, Kergoat et al., 1992), les actions plus perturbatrices sont encore marginales au sein des professions étudiées au Québec. Les collages féministes contre la naturalisation et l'invisibilisation du travail du *care* effectués par l'Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII) sont un bon exemple des conditions dans lesquelles ces actions se déroulent. Cette campagne a été menée par un groupe national, dans l'espace public et non dans le milieu de travail. Si le contexte de la pandémie de COVID-19 a influencé le recours à cette action à ce moment précis, il reste que l'action ne visait pas une situation particulière. En se détachant de l'équipe de travail et des enjeux immédiats, l'AQII a pu articuler une critique de ce qui, à l'échelle des représentations et des rapports de pouvoir, influence les conditions de travail et la reconnaissance des emplois féminisés partout au Québec. Par ailleurs, ce type d'action fait encore exception dans le paysage militant en santé et services sociaux.

La variation entre les deux professions s'explique ainsi en partie par la force des identités professionnelles. Ayant une identité professionnelle moins clairement définie, moins facilement située face aux autres professions et, à certains égards, négative, les personnes en travail social partent de plus loin pour politiser et mobiliser leur identité professionnelle. En soins infirmiers, la clarté de ce qui fait la profession et de ce qui la distingue, ainsi que le plus grand référent politique historique de la profession, assurent un socle plus solide pour regrouper et mobiliser. Alors qu'en travail social des initiatives comme la publication de *memes* cherchent à cultiver activement une base commune, les mobilisations en soins infirmiers peuvent s'appuyer sur une base préexistante et n'ont pas besoin de travailler autant le sentiment d'appartenance pour mener davantage d'actions.

CONCLUSION

L'analyse de la mobilisation en travail social et en soins infirmiers a permis, le temps de cette recherche, de m'intéresser à ce qui fait varier l'action politique. J'ai pris pour point de départ la réforme de la santé et des services sociaux, dont l'implantation a débuté en 2015. En cherchant à expliquer la variation des mobilisations entre le secteur des soins infirmiers et celui du travail social au Québec, j'ai développé une théorisation de l'action politique tenant compte à la fois du contexte institutionnel, de la culture et des rapports sociaux. Partant du concept de structure des opportunités spécifiques, de l'identité collective et des rapports sociaux de sexe, l'analyse des mobilisations par les travailleurs et travailleuses du *care* contribue aux débats sur les manières dont se déploie l'action politique au sein des institutions.

La lunette des rapports sociaux de sexe a permis de constater que les changements structuraux qui mènent à la biomédicalisation, la néolibéralisation et la nouvelle gestion publique ont des effets particuliers sur les emplois historiquement occupés par des femmes. Les changements causés par la réforme de la loi 10 minent davantage les conditions de travail de ces dernières, ainsi que la possibilité de les améliorer. Par ailleurs, la néolibéralisation des services publics affecte les conditions de travail depuis déjà plus de 40 ans. Les plus récents changements institutionnels, comme ceux de la réforme de 2015, ne donnent pas nécessairement lieu à de nouvelles inégalités liées à la division sexuelle du travail, mais viennent plutôt accentuer les effets délétères de la néolibéralisation des services publics sur le travail. L'identité collective des professionnel·les en est également affectée. Au cœur de l'identité collective, le sentiment d'appartenance à l'équipe de travail, à l'institution ou à sa profession est affaibli par les changements organisationnels successifs, le roulement dans les équipes de travail et les changements d'établissements.

Malgré tous les changements apportés par la réforme à la structure du réseau de la santé et des services sociaux, cette structure reste traversée par les rapports sociaux de sexe. Ces derniers organisent la hiérarchie entre le curatif et le soin et expliquent la faible présence des métiers relationnels dans les espaces décisionnels. La présence des rapports sociaux de sexe est flagrante lorsque le Premier ministre du Québec utilise à outrance l'image de l'« ange gardien » pour désigner le travail des infirmier·ères. Les rapports sociaux de sexe se manifestent même dans les

techniques de gestion. En se servant très souvent de la culpabilité, certaines de ces techniques s'appuient sur la socialisation traditionnellement féminine pour contrôler les employé·es. L'étude menée permet de rendre compte de l'effcience des rapports sociaux pour assurer une reproduction des modes de domination à travers les institutions. L'organisation de la santé et des services sociaux n'est qu'un exemple de ce que les rapports sociaux font à l'organisation des sociétés. Le travail s'y organise de sorte à reproduire la mise en compétition entre le travail productif et reproductif, qui est aux fondements de l'organisation du social.

Tant l'identité collective que la structure des opportunités spécifiques sont traversées par les rapports sociaux de sexe. Grâce à la rencontre de militant·es en soins infirmiers et en travail social, ma thèse jette un éclairage sur les facteurs qui facilitent ou nuisent aux mobilisations en milieu institutionnel. Malgré les contraintes importantes liées au contexte et à des éléments culturels, plusieurs actions ont pu être documentées. Le répertoire d'action des métiers relationnels comprend une quantité importante d'actions individuelles et menées de manière discrète. Par peur de représailles, plusieurs actions ne sont pas revendiquées ou sont menées de manière à passer sous le radar. Par ailleurs, les entretiens réalisés témoignent également de l'existence de tactiques plus radicales au sein du répertoire d'action collective à la disposition des métiers relationnels. Pour les professionnel·les qui entretiennent des liens sociaux forts (Granovetter, 1973, 1983), les actions collectives sont plus fréquentes. Ces liens sont généralement développés dans une équipe de travail ayant des référents communs forts et dont le sentiment d'appartenance est davantage associé à l'équipe qu'à l'employeur. Il s'agit généralement de professionnel·les dont l'identité professionnelle est plus consolidée. Ils et elles connaissent généralement bien leur mandat, les limites de ce dernier, ainsi que l'histoire de leur profession.

J'ai fait référence dans le troisième chapitre à la toile de sens évoquée par Clifford Geertz (1973) et Donna Haraway (1988). L'image de la toile de sens sert à ramener l'attention de la recherche vers la complexité du social. Elle permet de garder en tête que rien n'est simple dans une action qui peut sembler aussi banale que le fait dire « non ». Désobéir implique de se défaire d'une toile de sens qui nous est imposée par les institutions au sein desquelles se déploie le quotidien. Rédiger une lettre ouverte ou faire un *sit-in* demande de se référer à d'autres chemins de sens que ceux de l'institution. Elle implique, par exemple, d'être capable d'instaurer une distance entre les demandes de performativité et le sens réel de son travail. La toile de sens au sein de laquelle se trouvent les

professions féminisées comme les soins infirmiers et le travail social implique de plus divers mécanismes qui reproduisent leur position subalterne. Puisque les rapports sociaux de sexe assurent la reproduction d'un ordre qui dévalue le travail lié au *care*, le fait d'agir politiquement, même de manière discrète, demande un travail sur soi et sur son milieu. Si les actions des professions féminisées peuvent sembler moins radicales de prime abord, saisir l'ampleur de ce qui se joue dans cette toile de sens mène à mesurer la radicalité de l'action des métiers relationnels.

Pour les travailleurs et travailleuses, se positionner politiquement demande ainsi de comprendre la toile de sens dans laquelle ils et elles s'insèrent. Une part importante des propos relayés dans cette thèse montre qu'après plusieurs réformes, les professionnel·les peinent à comprendre leur place dans l'organisation. Ils et elles ont de la difficulté à situer leur programme au sein des mégastructures et à identifier les paliers de gestion qui les supervisent. Dans ce contexte, saisir les limites de son mandat est plus difficile. Plusieurs peinent à distinguer ce qui relève de leur fonction de ce qui relève des injonctions du milieu. Après plusieurs refontes, des coupes affectant les services et l'augmentation de la charge de travail, comment en effet ne pas se sentir engluée dans cette structure?

Les sections qui suivent détaillent avec plus de précisions les conclusions tirées de l'analyse du contexte, de l'opportunité politique spécifique, puis de l'identité collective. Enfin, je reviens sur mes contributions à la littérature sur les mouvements sociaux et les études féministes ainsi que sur certains écueils de ma thèse.

Au croisement de la néolibéralisation et de l'institutionnalisation des rapports sociaux de sexe : l'impasse

L'analyse thématique des entretiens a relevé une quantité importante d'effets (au nombre de 32) de la réforme de la santé et des services sociaux de 2015 sur les métiers relationnels. De tous ces effets, certains ressortent de manière plus importante que d'autres. Entre autres, la taille de la structure suivant les fusions d'établissements, la suppression d'espaces décisionnels, le type de gestion et les stratégies de contrôle à partir de stéréotypes genrés sont des éléments qui ont été mentionnés à plusieurs reprises dans l'ensemble des entretiens de groupe effectués.

Lorsque les personnes interrogées discutent des effets de la taille de la structure sur leur travail, elles s'attardent tout particulièrement au manque d'emprise sur le milieu. L'élargissement du territoire multiplie les enjeux populationnels à aborder et met en péril la personnalisation des programmes selon les besoins locaux (Tremblay et al., 2017). Par la fusion des établissements dans le but d'en faire des mégastructures, une partie du personnel s'en trouve également déplacée. Cette réorganisation fragilise les équipes et le sentiment d'appartenance à leur établissement d'attache. Les espaces permettant de nommer ces enjeux sont également plus rares. Les travailleurs et travailleuses n'ayant que peu accès aux autres instances décisionnelles, la diminution des lieux de concertation et de partage auxquels ils et elles pouvaient prendre part modifie la distribution des opportunités locales au sein d'un établissement en y limitant leur accès. En centralisant les pouvoirs et les espaces décisionnels à des échelles qui ne sont pas accessibles aux professionnel·les de terrain, les opportunités de faire valoir une revendication sont réduites. L'échelle locale d'action est plus accessible aux métiers relationnels pour organiser une mobilisation et c'est justement ce niveau qui est affaibli par la réforme et son fusionnement des programmes, des établissements et des budgets.

L'institution de la santé et des services sociaux mise principalement sur des modèles de gestion tels que la nouvelle gestion publique et le *Lean*. Ces modèles sont basés sur des principes de hiérarchie, de technocratisation, de quantification et de rentabilisation (Bourque et Grenier, 2018; Grenier et al., 2014; Sears, 1999). D'après les personnes interrogées, ces modèles de gestion nuisent à la résolution des problèmes qui apparaissent dans les milieux de travail. Les personnes interrogées ressentent davantage de pression qu'auparavant à remplir des objectifs qui ne conviennent pas nécessairement à leur pratique professionnelle. Par ailleurs, la peur des sanctions mène souvent les individus à se conformer aux normes du milieu d'emploi (Hirschman, 2004 [1970]), créant pour plusieurs d'entre eux des conflits éthiques et une souffrance au travail. Plusieurs des personnes interrogées en viennent remettre en question le sens de leur travail et la possibilité d'y maintenir leur autonomie professionnelle.

Cette tension entre éthique professionnelle et attentes du milieu fait écho aux mécanismes de gestion paradoxante de la NGP (de Gaulejac, 2010; de Gaulejac et Hanique, 2015). Aussi nommée double contrainte, cette technique de gestion a pour but d'augmenter le rendement statistique des employé·es en les plaçant devant des tâches contradictoires les unes par rapport aux autres. Pour

les employé·es ayant un fort sentiment d'appartenance au milieu de travail, cette technique a pour effet d'augmenter la cadence, même si les objectifs restent inatteignables. Alors que la sociologie clinique documente principalement ce phénomène en travail social, les témoignages d'infirmiers et d'infirmières indiquent que ce corps professionnel vit également les effets d'une gestion paradoxante. Bien que les conditions de travail en soins infirmiers aient souvent été déplorées, elles n'ont, à ma connaissance, jamais été reliées au concept de gestion paradoxante. En soins infirmiers, elles sont principalement employées pour forcer les employé·es à faire du travail supplémentaire obligatoire (TSO). L'irréconciliabilité des demandes provient de l'injonction de disponibilité constante dans l'administration des soins qui doit se faire en offrant également des conditions sécuritaires de soin, peu importe le temps travaillé. En utilisant des arguments qui font appel aux émotions et à la vocation, les gestionnaires mobilisent des composantes de la socialisation féminine traditionnelle. Il en est de même lorsque la difficulté à dire « non » est utilisée pour convaincre les travailleur·euses de rester plus longtemps sur le milieu de travail. Non seulement ces techniques réifient-elles des caractéristiques genrées, mais elles le font pour forcer à prendre plus longtemps soin d'autrui. En procédant de la sorte, dans un contexte de manque chronique de personnel, l'institution compte sur la mise en disponibilité constante des corps des femmes pour opérer une néolibéralisation de la santé. Il en va de même pour la charge de travail des personnes en travail social. L'augmentation constante de leur tâche, sans le bénéfice de ressources supplémentaires, fait appel à la vocation et au sentiment d'appartenance, ce dans le but de contraindre les employé·es à des situations encore plus précaires qu'elles ne l'étaient déjà. Coincées entre la réponse à des quotas toujours plus grands et la nécessité d'assurer la sécurité de toutes les personnes à leur charge, peu d'options s'offrent aux travailleur·euses des métiers relationnels : se taire et continuer, ou encore se mobiliser.

Effets du contexte sur l'action politique

Le portrait dressé par les participant·es témoigne d'une perte de repère qui nuit à la compréhension de ce qui pose problème pour agir politiquement. Les théories néo-institutionnalistes proposent l'idée que l'intensité et la rapidité avec laquelle les changements institutionnels sont implantés peuvent faire varier la contestation (Béland, 2010; Hacker, 2004; Jenson et Sineau, 2001; Mahoney et Thelen, 2009; Thelen, 2004). Puisque les effets de tels changements abrupts sont généralement plus visibles, ceux-ci peuvent générer une mobilisation plus intense. Les changements multiples,

qui s'échelonnent sur plusieurs décennies, sont quant à eux plus difficiles à saisir. Ce faisant, la mobilisation peine souvent à prendre de l'ampleur. Malgré l'opportunité créée par la réforme particulièrement abrupte de 2015, les professionnel·les ont eus de la difficulté à se mobiliser. Les obstacles à la mobilisation s'expliquent par le contexte plus large de néolibéralisation des services sociaux, dans lequel s'inscrit la réforme de 2015. La manière dont la réforme façonne la structure des opportunités spécifiques nuit dès lors à la mobilisation : elle limite les espaces d'échange, affecte le réseau social et augmente la crainte de représailles. Traversés par des rapports sociaux de sexe, ces changements organisationnels maintiennent en quelque sorte les professions féminisées dans une position subordonnée, de laquelle il est difficile de s'extraire pour contester.

La structure des opportunités politiques est conceptualisée comme ayant une dimension stable à travers le temps, qui se retrouve dans les structures, puis une dimension plus volatile, que l'on retrouve notamment dans les configurations d'alliances et les processus décisionnels (Gamson et Meyer, 1996; Meyer, 1990). C'est dans cette partie volatile que se retrouverait en partie l'explication de la mobilisation et de la démobilisation. En reprenant cette explication pour comprendre les mobilisations menées par les métiers relationnels, on constate que la dimension stable de la structure, qui comprend notamment une forte hiérarchie entre professions et une logique hospitalo-centrée traversée par les rapports sociaux de sexe, a tendance à nuire aux mobilisations. La dimension volatile de la structure des opportunités politiques, liée à la réforme de 2015, a un effet de fermeture supplémentaire des opportunités spécifiques au niveau sectoriel. Malgré l'indignation que provoque la réforme, les changements qu'elle opère sur le plan organisationnel complexifient la possibilité d'agir.

L'analyse effectuée suggère à cet effet que l'échelle de l'établissement influence davantage la possibilité d'agir que l'échelle nationale. C'est le cas pour les populations qui sont plus vulnérabilisées (Giugni, 2008). En santé et services sociaux, les professions féminisées sont désavantagées par l'institutionnalisation des rapports sociaux de sexe, qui les placent dans une position plus vulnérable. L'institution de la santé reproduit la hiérarchisation entre travail productif et reproductif, disqualifiant de manière systémique les emplois liés au soin et à l'accompagnement (Courcy et al., 2016 ; Fougeryrollas-Schwebel, 1998, 2000; Guillaumin, 1978a; Hirata et Kergoat, 2008). La réforme de 2015 n'invalide en rien cette organisation de l'institution. Au contraire, elle s'appuie sur cette dernière pour poursuivre une privatisation progressive des services publics.

L'asymétrie créée par l'institutionnalisation des rapports sociaux de sexe limite donc les ouvertures politiques pour défendre ses droits. Les choix tactiques reflètent cette contrainte : on remarque moins d'occasions de mobilisation et peu de place est laissée pour les actions d'éclat. Dans un contexte qualifié d'omerta, la majorité des actions se veulent discrètes et moins axées sur le conflit. Les entretiens révèlent l'importance du recours à des moyens d'action autonomes et informels dans un contexte punitif, où l'action syndicale est lourdement encadrée. Quoique ces moyens soient généralement individuels et de faible ampleur, ils expriment tout de même des formes de contestation dans les institutions.

Bien que les professions féminisées soient désavantagées à cause de leur position dans l'institution, elles se mobilisent en continu en ce qui a trait à leur réseau social immédiat. Leurs actions relèvent souvent de la dénonciation, que ce soit par une lettre ouverte, une publication collective ou encore une prise de parole dans les médias. Par ailleurs, une grande partie des actions relevées à l'échelle locale se font individuellement. Plusieurs ont recours pour agir à des pratiques discrètes, voire à l'anonymat.

Ma thèse montre également que la socialisation masculine au sein des professions de soins et d'intervention facilite l'utilisation de la confrontation directe pour les personnes qui s'identifient comme homme. Alors que la confrontation est très peu envisagée par les personnes qui s'identifient comme femme, les hommes semblent plus facilement y avoir recours et en tirent davantage de bénéfices. Lorsqu'elles le font, plusieurs femmes ont souligné être réduites à la figure de la chialeuse, invalidant ainsi leur prise de position politique. Cette variation au sein d'une profession a le potentiel d'améliorer davantage les conditions de travail des hommes et leur appréciation du lieu de travail. La différence de traitement observée entre les professionnel·les du *care* qui contestent est l'une des manifestations les plus évidentes des rapports sociaux de sexe dans le milieu de la santé et des services sociaux. Elle renvoie à une aisance accrue dans l'espace public, octroyée par la socialisation masculine, ainsi qu'à la plus grande reconnaissance des qualifications des hommes pour les tâches historiquement féminisées (Dejours, 1988; Falquet, 2002; Tabet, 1998). L'appréhension de l'action politique est en ce sens modulée selon la socialisation genrée et en fonction de la réponse sociale.

Bien que la biomédicalisation du système de santé offre davantage de crédibilité aux demandes en soins infirmiers qu'en travail social, l'organisation locale du travail limite les ouvertures politiques dans le cadre des soins infirmiers. La hiérarchisation des métiers de la santé dévalorise les tâches liées à la corporalité et au soin. Le niveau d'étude pour occuper plusieurs des postes en soins infirmiers et le profil sociodémographique de ce corps professionnel les désavantagent également. Le corps infirmier étant majoritairement composé de femmes, dont un nombre important sont racisées, le statut professionnel de celles-ci reproduit la hiérarchisation que l'on retrouve dans les autres sphères de la société. Il s'agit également d'un corps professionnel qui est encadré par davantage de paliers de gestion qu'en travail social et dont l'accès à des espaces de consultation est encore plus précaire. Lorsque les femmes en soins infirmiers se mobilisent, leurs actions comprennent moins fréquemment la participation à une instance décisionnelle et la présentation d'un rapport d'observation.

Influence de l'identité collective sur l'action politique en milieu institutionnel

Malgré ces limitations, on retrouve davantage d'actions politiques en soins infirmiers, qui sont d'une plus grande ampleur et plus ouvertement basées sur la confrontation. Cette tendance s'explique par une identité collective plus consolidée et un réseau social plus stable. Le terrain et l'analyse effectués relèvent l'importance du croisement de l'influence de multiples socialisations (genrée, professionnelle, militante) et de différentes composantes de l'identité collective (émotion, délimitation) sur l'action politique des métiers relationnels.

La comparaison entre deux métiers relationnels d'une même institution révèle que leur identité collective est peu consolidée. Dans les deux professions, les personnes interrogées soulignent le manque de référents communs transmis par la formation et par le milieu de travail. Bien que les deux professions soient encadrées par un ordre professionnel et un syndicat, ces éléments ne semblent que peu compter pour structurer leur identité professionnelle. Malgré ces limitations, les personnes en soins infirmiers ont généralement un rapport plus clairement défini avec leur identité professionnelle que les personnes en travail social. Ils et elles identifient en effet facilement ce qui distingue leurs fonctions des injonctions du milieu, ce qui n'est pas le cas en travail social. Les soins infirmiers se situent également plus facilement dans l'organigramme, facilitant l'interpellation des autorités pour faire valoir une revendication. L'un des facteurs qui expliquent

cette variation de la consolidation de l'identité est la connaissance de l'historique politique de leur profession. Les personnes interrogées s'y sont d'ailleurs fréquemment référées pour expliquer le sens de leur travail et la manière dont elles se mobilisent.

L'identité collective de ces professions est également influencée par les représentations sociales qui leur sont apposées. Les représentations telles que l'ange gardien ou encore la sauveuse sont fréquemment convoquées pour parler des personnes dans les métiers féminisés comme l'enseignement, le soin à domicile, les soins infirmiers ou l'intervention psychosociale. En plus de renvoyer ces professions à une vocation, ces représentations réduisent les qualifications nécessaires à des aptitudes naturalisées. Partant de ce positionnement, la possibilité d'adopter un rôle politique dans l'espace public en est complexifiée. Ces représentations nuisent de plus à la perception de l'action politique des métiers féminisés.

L'existence d'un capital de sympathie à l'égard des soins infirmiers facilite par ailleurs leurs sorties médiatiques, individuelles ou collectives, anonymes ou revendiquées. Les personnes interrogées en travail social soulignent *a contrario* la mauvaise presse à l'égard de leur profession. La profession étant souvent ramenée à la figure de la voleuse d'enfants ou du « boubou macoute », les quelques actions publiques de ses membres sont menées par des personnes possédant un capital symbolique élevé afin de compenser ce qu'ils et elles considèrent comme un trop gros obstacle aux prises de parole publiques. Les mécanismes de contrôle et de distinction sont donc directement liés aux opportunités d'agir dont peuvent respectivement se saisir ces professions.

C'est dans cette optique que les rapports sociaux de sexe sont constitutifs de l'explication culturelle : la socialisation, les représentations et l'identité sont ancrées dans une conception genrée des soins et de la santé. L'identité collective est donc à la fois un facteur structurant qui explique la difficulté à mener de grandes mobilisations collectives visibles, et à la fois un élément structuré par la mobilisation.

La manière de militer des métiers relationnels indique qu'un réseau social composé de liens forts est un facteur déterminant du passage à l'action pour les groupes peu formalisés (Granovetter, 1973, 1983). Ces liens sont principalement formés avec l'équipe de travail. Les équipes de soins infirmiers ayant un milieu de travail plus fréquemment partagé qu'en travail social, cette dimension

explique la propension des soins infirmiers à mener davantage d'actions collectives sur le milieu de travail.

À partir d'actions comme les *march on the boss* ou les *sit-in*, les équipes de travail ayant des liens forts peuvent collectiviser les enjeux vécus individuellement et renverser, du moins partiellement, les rapports de pouvoir qui les désavantagent. Les mécanismes de l'identité collective comme la délimitation (*boundary*) expliquent particulièrement bien les actions comme la diffusion de publications humoristiques (*meme*) en travail social et les campagnes de photographies en soins infirmiers. L'humour en travail social a la particularité d'utiliser des référents nichés afin de critiquer les conditions qui nuisent à la profession et à sa pratique, contribuant du même coup à l'identification de ce qui la distingue des autres professions (Flesher Fominaya, 2007, 2010, 2016; Hunt et Benford, 2004; Melucci, 1995; Taylor et Whittier, 1992; Tilly, 2004). En soins infirmiers, les campagnes comme *Bas les masques!* mobilisent quant à elles des référents identitaires déjà présents dans la profession afin de les valoriser davantage et inviter à l'action. Ces actions montrent le caractère à la fois structuré et structurant de l'identité collective.

Au-delà des contraintes institutionnelles, les personnes ayant une identité professionnelle consolidée ont plus de facilité à passer à l'action. Plusieurs actions individuelles de professionnel·les ont ainsi été répertoriées lors de moments fortement marqués par l'indignation. Le choc moral (Goodwin et al., 2001; Jasper et Poulsen, 1995; Van Ness et Summers-Effler, 2018) causé par une situation problématique agit dans ces cas-ci comme un déclencheur de l'action politique. Lors d'un événement qui suscite une émotion forte, l'identité professionnelle peut permettre d'agir plutôt que de garder le silence par loyauté à l'employeur (Hirschman, 2004 [1970]). Parmi les actions menées, on retrouve plusieurs formes de défection (cf. Hirschman (2004 [1970])), dont la démission et le changement d'établissement. En quittant leur milieu de travail, plusieurs rendent publiques les raisons de leur démission. C'est en ce sens que la défection peut être considérée comme un des moyens d'action des métiers relationnels. Grâce aux entretiens effectués, on comprend que la défection est une stratégie de survie qui advient après un long moment passé dans des conditions de souffrance au travail. L'indignation ou la colère ressentie par les professionnel·les dont le rapport à l'identité professionnelle est clairement défini leur permet de regagner un pouvoir sur la situation en passant à l'action de manière politisée. En partant d'une identité professionnelle claire, les travailleurs et travailleuses du *care* mènent davantage d'actions

individuelles et collectives. L'identité professionnelle de ces individus est encore en développement et plusieurs actions ont également pour effet de développer des référents politiques communs, ainsi qu'un sentiment d'appartenance.

Contributions générales

En joignant l'analyse des rapports sociaux au contexte et à l'identité collective, le cadre théorique que je développe contribue à une sociologie de l'action politique basée sur l'interaction entre les éléments culturels comme l'identité et une dimension matérielle relevant des rapports sociaux et du contexte organisationnel. La méthode que j'ai utilisée pour interroger les personnes en soins infirmiers et en travail social qui sont actives sur le plan politique permet aussi de mettre de l'avant l'efficacité des méthodes de l'entretien en ligne. En utilisant l'entretien de groupe synchrone et les suivis individuels en ligne, ma recherche montre qu'il est possible de collecter des données de qualité en ligne. Alors que plusieurs doutent qu'il s'agisse d'une option dont la qualité équivaut à la formule en présence (Matthews et Cramer, 2008 ; Tuttas 2015), la méthode que j'ai développée permet de constater la possibilité de créer un espace d'échange riche, duquel des données de qualités peuvent émerger.

L'une des contributions théoriques importantes de ma thèse concerne le regard posé sur les mouvements sociaux. En prenant le cas de mobilisations de faible ampleur dans un milieu institutionnalisé, ma thèse contribue à une définition des mouvements sociaux qui prend en compte les moments de latence ainsi que les actions discrètes et individuelles (Flesher Fominaya, 2010, 2018; Reger, 2021; Taylor, 1989, 1999).

Il s'agit également d'une définition qui remet en question la prémisse selon laquelle l'État est nécessairement l'adversaire des groupes mobilisés (Banaszak, 2010; Bereni et Revillard, 2018; Katzenstein, 1998a, 1998b). Décortiquer les principales définitions actuelles des mouvements sociaux mène au constat que le rapport à l'État y reste omniprésent. Cette prémisse implique qu'un mouvement social, pour en être un, doit avoir pour interlocuteur l'État et ne peut donc pas en faire partie (Ancelovici et Rousseau, 2009; Goodwin et Jasper, 1999; Snow, 2004). En partant de l'expérience de professionnel·les du *care* en milieu institutionnel, on observe leur rapport à une pluralité d'acteurs en situation de pouvoir. Plutôt que d'encourager la considération des groupes

comme des *insiders* ou des *outsiders* vis-à-vis de l'État (Katzenstein, 1998a), mon terrain a permis de retracer l'action dans l'ensemble des lieux où elle peut se déployer. Il s'agit d'un cas exemplaire pour démontrer tout ce qui peut être occulté par une analyse se concentrant exclusivement sur des mobilisations extérieures à l'État et visibles dans l'espace public.

Ma thèse permet également de réitérer l'importance de la prise en compte des rapports sociaux dans l'analyse des mobilisations. Les approches traditionnelles des mouvements sociaux reposent sur le postulat implicite d'une situation de neutralité relativement aux rapports sociaux de sexe. Pourtant, les courants d'analyse féministe réfutent depuis maintenant plusieurs décennies cet a priori (Bereni et Revillard, 2012a; Dunezat, 2006; Kergoat, 1995; Kergoat *et al.*, 1992; Kuumba, 2001; Messing et Mergler, 1993; Reger, 2021; Taylor, 1989; Taylor et Leitz, 2010). En s'attardant au cas de mobilisations autonomes menées par des professionnel·les en milieu institutionnel, ma thèse rappelle l'ampleur de l'intrication des rapports sociaux de sexe au travail et à la contestation. Sans cette perspective, on passe à côté d'une partie de ce qui explique les mouvements sociaux. En donnant l'importance qu'elles méritent aux mobilisations discrètes, voire invisibles, on met en évidence l'histoire de la résistance des subalternes (Scott, 2019 [1990]) qui, faute d'avoir accès à d'autres espaces, agissent avec une discrétion propre à l'infra-politique. Dans la mesure où les groupes vulnérabilisés font face à plus d'obstacles pour passer à l'action, il semble que leurs mobilisations, même à pas feutrés, recèlent un potentiel de sédition ou de subversion plus important que d'autres (Galerand et Kergoat, 2008).

Limites et ouvertures

L'objectif principal de ma thèse a été de comprendre ce qui explique que d'une profession à l'autre, dans un même milieu, la mobilisation ne prenne pas la même ampleur. La cueillette de données que j'ai effectuée grâce à des entretiens de groupe, des entretiens individuels et un corpus militant a été beaucoup plus riche que je ne l'avais anticipé. Je n'ai malheureusement pas pu utiliser toutes ces données. Afin de garder un fil conducteur tout au long de mon analyse, j'ai dû limiter les enjeux abordés. En ce sens, je tiens à soulever deux des principales limites que je vois en ce qui concerne la manière dont j'ai structuré la cueillette de données, l'analyse et la rédaction de ma thèse.

Je n'ai tout d'abord pas été en mesure d'obtenir un échantillon de professionnel·les représentant les populations racisées en travail social et en soins infirmiers. Mon échantillon est principalement composé de personnes eurodescendantes. Une plus grande représentativité de personnes racisées aurait peut-être expliqué d'autres facteurs limitant la mobilisation, la perception de pouvoir se mobiliser ainsi que la manière de le faire. De même, l'articulation entre le contexte et l'intersection de rapports sociaux pluriels aurait permis une analyse certainement plus fine de la réalité. Lorsque je me suis aperçue que mon recrutement se composait principalement de personnes eurodescendantes, j'ai décidé de le laisser tel quel et d'éviter de seulement ajouter des personnes racisées à l'échantillon. Il m'a semblé que l'enjeu d'une compréhension réelle des manières dont les rapports sociaux affectent le travail, le militantisme et la participation à la recherche dépasse largement la proportionnalité d'un échantillon. Les dernières années de recherche m'ont permis de mieux comprendre ce qui se cache derrière la composition d'un échantillon et d'entrevoir d'autres manières d'effectuer la recherche. Ma thèse est certainement une invitation à poursuivre le travail afin de comprendre la manière dont l'intersection des inégalités systémiques se déploie dans les mobilisations des métiers relationnels.

L'autre angle mort que je tiens à mentionner relève davantage de ce qui a été analysé pour répondre à mon questionnement sur la variation des mobilisations entre professions. Bien que les participant·es aient fréquemment évoqué la conciliation famille/travail pour expliquer le manque de mobilisation, ma thèse ne l'a qu'indirectement abordée. C'est un choix que j'ai fait en regard de la faible variation que je constatais entre les professions durant l'analyse préliminaire. Tout en étant un facteur important à considérer pour comprendre le militantisme, la place manquait pour aborder de façon satisfaisante les manières dont la sphère familiale est liée aux sphères professionnelle et militante. Si des travaux existent déjà sur le sujet, l'exploration d'une conciliation travail/famille/militantisme des métiers relationnels serait des plus pertinentes.

Comme un air de déjà vu

Alors que je termine la rédaction de ma thèse, à l'été 2023, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec s'apprête à lancer une nouvelle réforme. Sur fond de volonté de répondre aux écueils mis en évidence par la pandémie de COVID-19, un scénario semble se répéter.

Le projet de loi 15 propose de modifier 37 lois afin d'augmenter l'efficacité du système de santé et de services sociaux du Québec. Tout comme pour la réforme de 2015, une vague de critiques fuse de la part des professionnel·les, des syndicats et des associations. Il semble que cette réforme reproduit les biais de celles qui l'ont précédée. Comme pour les réformes précédentes, cette politique sociale semble vouloir se concentrer sur les changements structurels et sur l'ajout de paliers décisionnels pour régler les problèmes du terrain. L'un des principaux points du projet de loi est la création d'une super agence de santé, qui servirait à la gestion quotidienne des opérations et centraliserait encore davantage le secteur. Parmi les autres changements qui semblent poursuivre ce que d'autres réformes ont entamé, une partie du projet de loi s'attarde aux CLSC. L'un des articles change le positionnement des CLSC dans le réseau de la santé et des services sociaux. Certains craignent que les CLSC ne soient encore plus éclipsés qu'ils ne le sont déjà et avec eux, les services sociaux (Lévesque, 2023; Plourde et Lavoie-Moore, 2023).

Le projet de loi souligne également que le TSO sera diminué, sans par ailleurs indiquer les moyens prévus ni l'échéancier pour atteindre cet objectif. Pour résoudre le manque chronique de personnel, le projet de loi propose de transférer le lien d'emploi des CI(U)SSS au gouvernement. En ayant un seul employeur pour tout le Québec, les employé·es pourront changer de région sans perdre leur ancienneté. Bien que cette mesure puisse en intéresser plusieurs, elle ne figure dans aucune étude des dernières années au sujet des conditions de travail en soins infirmiers. Elle implique également une refonte des unités d'accréditation syndicales. Pourtant, les infirmier·ères ont mené des centaines d'actions au cours des dernières années afin de mettre de l'avant leurs solutions à l'enjeu du TSO.

Les analyses préliminaires y voient une continuité de la logique de la nouvelle gestion publique, de la centralisation et la biomédicalisation de la santé (Bourque, 2023; Lévesque, 2023; Plourde et Lavoie-Moore, 2023). Plus encore, le projet de loi semble inscrire la réforme dans la logique néolibérale de privatisation progressive des services publics. L'analyse des effets transversaux des rapports sociaux de sexe sur l'institution de la santé pourra contribuer à identifier ce qui crée des problèmes dans les milieux de travail. Enfin et surtout, j'espère que cette thèse contribuera à inspirer les futures mobilisations qui défieront l'ordre établi. Comme le dit l'adage, seule la lutte paie. Même au sein des institutions.

ANNEXE A

PRÉSENTATION DES GROUPES COMPOSANT LE CORPUS MILITANT

Dans les pages qui suivent, je présente la mission des groupes rencontrés dans le cadre de ma thèse. Je décris également plus en détail le contenu de leurs pages web. J'ai fait une analyse systématique du contenu des publications partagées par quatre groupes de 2016 à 2020. Le corpus comporte l'analyse du contenu publié sur le site web et la page Facebook de deux associations autonomes, soit l'Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII) et le Regroupement, Échanges et Concertation des intervenantes et formatrices en social (RECIFS). J'ai fait le même processus pour deux groupes informels, soit « Infirmières en mouvement » et « T.S. indignation et solution ». Il s'agit de deux groupes de discussion de la plateforme Facebook où les professionnel·les échangent sur des sujets liés à leur emploi. Je souligne d'emblée que le contenu des publications numériques change au fil du temps. En activité depuis plusieurs années, les pages Facebook ont une visibilité et un contenu qui ont évolué.

RECIFS

Le RECIFS est un groupe autonome qui rassemble des personnes travaillant en intervention sociale. On y retrouve plusieurs personnes du travail social, mais également des personnes qui ont des formations connexes. L'objectif du RECIFS est de regrouper les personnes de l'intervention sociale. Plus précisément, le groupe vise à promouvoir et défendre l'intervention sociale. Elle a également pour objectif de valoriser l'identité professionnelle de l'intervention sociale. Pour ce faire, le groupe crée du matériel d'information et donne des conférences. Il a également participé à plusieurs actions différentes, notamment des lettres ouvertes et conférences de presse. Il s'agit d'une organisation à but non lucratif qui tient une assemblée annuelle où l'ensemble des membres est convié.

Le site web ainsi que la page Facebook du groupe le RECIFS comprennent principalement la documentation produite par le groupe, des invitations à des événements, des rappels quant à leurs assemblées générales annuelles, le partage de publication provenant de groupes sympathisants ainsi que l'invitation à devenir membre du RECIFS. Les publications contiennent presque toujours du

texte, une explication et un appel général à la mobilisation au sujet des conditions de travail. L'uniformité des publications découle du fait que celles-ci doivent être approuvées par les administrateur·trices. Les principales actions diffusées sur leur plateforme sont les manifestations qui ont été organisées par des personnes militant avec le RECIFS suite au meurtre d'une enfant pour qui plusieurs signalements ont été faits à la Direction de la protection de la jeunesse³³. Plusieurs manifestations silencieuses ont alors eu lieu dans différentes villes du Québec. Ces actions ont été planifiées, publicisées, et diffusées via la page Facebook du RECIFS.

T.S. Québec : indignations et solutions

Le groupe de discussion T.S. Québec : indignations et solutions a un nombre beaucoup plus grand de publications que la page du RECIFS et chacune d'entre elles fait l'objet de plus d'interactions. Le propre de la page est effectivement de susciter la discussion sur des enjeux liés aux conditions d'exercice du travail social, de même qu'à la mobilisation. Au travers des années recensées, on constate également une évolution plus marquée des sujets abordés. Les deux premières années de publications sont faites par une plus grande diversité de personnes. Au moins la moitié du contenu n'est pas politique. On y retrouve notamment des souhaits de Noël, du Nouvel An et de la fête des mères. Toutes années confondues, on y retrouve également davantage d'offres d'emploi que sur la page du RECIFS et beaucoup de commentaires sur la gestion des discussions et la dynamique du groupe.

Dès les premières publications, il est question de l'OTSTCFQ, la principale cible du groupe. La politisation de la page semble d'ailleurs se faire à partir de 2016, au moment de l'assemblée annuelle de l'ordre professionnel. Il n'est pas clairement question d'actions organisées par le groupe, même si des membres prennent plusieurs initiatives qu'elles partagent. Par exemple, certaines vont imprimer des critiques à épingler sur soi et les distribuer à l'avant de la salle de l'assemblée. Les membres de la page critiquent le prix des cotisations et le manque de prise de position publique de l'ordre professionnel à l'égard des problèmes vécus par les travailleurs et travailleuses sociales dans le milieu institutionnel. Alors qu'un ordre professionnel a pour mission de protéger le public

³³ Lyonnais, M.-C. (2022). *Poursuite : la famille de la fillette de Granby ne veut pas qu'elle soit morte pour rien*. Radio-Canada. Consulté à l'adresse <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1925321/poursuite-drame-granby-famille-temoignage>.

et non les professionnel·les, plusieurs personnes sur le groupe soutiennent que la protection du public passe par la défense du système de santé et des conditions de travail. Dans les années qui suivent, la plupart des publications atteignent facilement une centaine de réactions positives et les propos politiques sont peu contestés. Les publications des dernières années ont un caractère tout aussi politique, ou du moins dénonciateur, mais appellent moins directement à rejoindre des initiatives concrètes. Les publications sont également plus sujettes à débat.

Infirmières en mouvement

La page Infirmières en mouvement est très similaire à la page T.S Québec. Elle regroupe des personnes en soins infirmiers du Québec et des personnes sympathisantes qui souhaitent avoir une analyse critique de cette profession et des conditions qui l'accompagnent. Plusieurs publications sont faites chaque jour par des membres, bénéficiant toujours d'une grande visibilité avec des dizaines, voire des centaines de réactions. On y retrouve également plusieurs commentaires et de nombreux partages. Le nombre de réactions est par ailleurs un corolaire du nombre de membres (plus de 36 000 membres), beaucoup plus important que celui de T.S. indignations et solutions (plus de 9 000 membres).

On retrouve sur la page de nombreuses dénonciations de problèmes quotidiens. Par exemple, on dénonce des irrégularités dans la paie, une gestion de matériel médical qui ne correspond pas aux protocoles en place et des injustices vécues par les patient·es. Plusieurs parlent également du nombre jugé dangereux de patient·es à charge ou encore des enjeux relatifs aux horaires. Ces deux derniers sont tout particulièrement fréquents et sont fréquemment liés à des réflexions sur la gestion du personnel ainsi qu'à la conciliation de ces demandes avec la vie familiale. La page diffuse également plusieurs offres d'emploi et des questions quant à des milieux de pratique des soins infirmiers. La page est également la plateforme principale via laquelle plusieurs actions à l'initiative des professionnel·les sont diffusées. C'est le cas pour la publication des livres noirs des urgences, pour des dizaines de *sit-in* à travers le Québec et pour la campagne *Bas les masque!*. Cette campagne a suscité à elle seule plusieurs dizaines de publications et des centaines de réactions en 2020 (voir chapitre six).

AQII

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII) a pour objectif de « représenter et soutenir la voix politique infirmière et promouvoir l'avancement de la profession au Québec » (AQII, 2020). Le site web et la page Facebook de l'AQII sont leurs principaux moyens de communication. Toutes deux présentent la mission du groupe et les membres du conseil d'administration. Elles donnent régulièrement des nouvelles de leurs mandats, des représentations politiques qu'ils et elles font ou encore de leur présence médiatique.

Leurs positions politiques semblent beaucoup plus assumées que les groupes précédents. On voit rapidement qu'il s'agit d'une organisation qui veut politiser la question des soins infirmiers de manière intersectionnelle, mettant fréquemment de l'avant les enjeux de racisme et de colonialité dans leur profession. Le groupe a par exemple pris plusieurs positions et défendu les « principes de Joyce » suite au décès de Joyce Echaquan en 2019 dans un hôpital du Québec où elle a subi un traitement discriminatoire de la part d'une infirmière. La coroner Géhane Kamel, assignée à son enquête, a déterminé que le racisme et les préjugés ont contribué à son décès (Basile et Bouchard, 2022). À la fois réactif à l'actualité et réflexif quant à sa pratique, le groupe a également pris position contre la stérilisation forcée des femmes autochtones du Québec et du Canada et a participé à plusieurs actions durant une campagne nationale pour la rémunération des stages en 2018.

Rapidement, on constate que le groupe a un dynamisme plus visible que son équivalent en travail social. Les prises de position sont plus fréquemment diffusées et un plus grand nombre d'actions les accompagnent. La stratégie de communication semble davantage centrée sur l'explicitation des positionnements politiques. La quantité d'événements à caractère politique y est également plus importante, permettant plus aisément de saisir le teneur de l'engagement politique. C'est entre autres le cas grâce à leur action de collage féministe pour dénoncer l'usage de la représentation de l'ange gardien pour représenter les infirmières et infirmiers durant la pandémie de COVID-19 (voir chapitre six).

ANNEXE B

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

UQAM | Comités d'éthique de la recherche
avec des êtres humains

No. de certificat: 4406
Certificat émis le: 09-06-2020

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Action collective, genre et travail : une étude comparée des processus de mobilisation en santé et services sociaux au Québec
Nom de l'étudiant:	Joëlle DUSSAULT
Programme d'études:	Doctorat en sociologie
Direction de recherche:	Marc ANCELOVICI

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPE FSH

ANNEXE C

GRILLE D'ENTRETIEN POUR COORDINATION DES GROUPES

Réalisé par Joëlle Dussault

Doctorante en sociologie, Université du Québec à Montréal

Guide d'entretien individuel : Action collective, genre et travail : une étude comparée des processus de mobilisation en santé et services sociaux au Québec

Introduction (10 min.)

Résumé du projet et objectif de recherche :

Ce projet porte sur l'action politique liée au travail dans les secteurs de la santé et des services sociaux au Québec, depuis la réforme de la loi 10 en 2015. Il vise à documenter le processus à partir duquel les professionnel·les en soins infirmiers et en travail social se sont organisés pour contester et changer ce qui est perçu comme problématique dans leurs conditions de travail. J'explore entre autres ce que les stéréotypes genrés liés aux professions de soins ont comme impact sur la façon dont se passent les mobilisations. Il s'agit de donner la parole aux personnes qui le vive pour mieux comprendre.

Proposition de fonctionnement pour l'entretien:

Les questions que je vais poser concernent principalement l'organisation de votre travail dans le réseau de la santé et des services sociaux, votre perception des changements apportés par la loi 10 à votre profession, votre implication à des actions politiques liées à vos conditions de travail et l'organisation du groupe dans lequel vous vous impliquez. Il n'y a pas de réponse particulière que j'attends, toutes les perceptions, expériences et les histoires sont valides.

Avec votre autorisation, l'entretien individuel, d'une durée approximative de 1h15, sera enregistré sur support audio afin d'en faciliter la transcription.

Rappel de la confidentialité :

Tous les propos recueillis ici sont confidentiels. Je ne vais donc pas divulguer vos informations personnelles et je m'engage à respecter le niveau d'anonymat que vous souhaitez.

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision.

Avez-vous des commentaires ou questionnements avant de commencer?

1

Questions pour l'entretien (1h15)

Trajectoire personnelle :

→ Pour commencer, je te propose de parler un peu de ta trajectoire personnelle pour bien me situer. Veux-tu me parler brièvement de toi ? ←

Date de naissance, famille, lieu de résidence actuel, milieu de travail, etc.

Professions de parents, type d'école fréquentée,

Rapport au monde du travail et de la famille (quelles ont été les figures de passeurs, qui ont facilité les contacts et la socialisation), lectures, fréquentations, etc.

Ce qui a amené au TS/soins?

Trajectoire militante :

Parle-moi de ce qui t'a mené à t'impliquer.

Comment as-tu commencé à participer aux mobilisations?

Te souviens-tu comment s'est passé le premier contact ou la première rencontre avec des collègues pour discuter des enjeux problématiques et de luttes?

Comment ça s'est passé ensuite? Tu as lu, discuté, passé à l'action...?

Contexte organisationnel :

→ Pour la suite, je te propose de parler un peu de ce qui se passe depuis la réforme Barrette et des différentes réactions qu'il y a eu en TS/soins. ←

Depuis l'entrée en g entretien adminvigueur de la loi 10, quels changements as-tu vu sur :

Ton milieu de travail

Ta profession

Ta vie personnelle

Quelles ont été les réactions aux effets de [reprendre les exemples donnés]?

Réactions personnelles
Réactions de l'unité de travail
Réactions de l'institution
Réactions du syndicat
Autre

Sachant qu'on associe souvent le TS/soins à une vocation, penses-tu que ça influence la façon dont la réforme a repensé le TS/soins?

(Cibler : division sexuelle du travail, représentation genrée, instit genrée, etc.)

À quel moment on commence à penser qu'un groupe comme celui-ci peut être pertinent?

Qu'est-ce que ça venait combler comme besoin?

Actions & ligne du temps :

→ Pour plonger un peu plus dans les différentes actions qui ont eu lieu depuis 2015, je te propose de partir d'une ligne du temps que j'ai fait à partir des infos qu'il y avait sur votre groupe Facebook. Ça va permettre de parler des actions marquantes, peut-être d'en ajouter ou d'en déplacer. ←

Qu'est-ce que tu penses de cette ligne du temps?

Est-elle représentative?

Parle-moi des actions que vous avez faites depuis 2015. (ou que tu as vu passer sur le Gr)

Quelles sont les principales actions selon toi?

Dans et à l'extérieur du milieu de travail, autant défensive qu'offensive, sous forme de lutte ou de fuite

Cibler : quand, comment, par qui, dans quel but (revendications, slogans, #H/F, ambiance

Comment les actions se sont organisées? Des exemples de luttes qui vous ont inspiré?
Quels vous semblaient être les principaux obstacles?

Si le passage à l'action n'a pas été possible, comment l'expliquez-vous?

Quelles sont les actions qui sont venues directement des travailleurs et travailleuses, plutôt que d'une organisation comme un syndicat?

Quelle est la différence pour vous?

Quels ont été les effets de ces actions selon toi?

Sachant que le TS/soins est associée **au care**, quel effet (+/-) penses-tu que ça puisse avoir sur la mobilisation :

Enjeux identifiés

Modes d'action privilégiés

Ce qui n'a pas fonctionné

Qu'est-ce que ce tour de piste des différentes actions faites depuis 2015 te dit sur le TS/soins?

Et selon toi, comment se porte actuellement la mobilisation en TS/soins?

Conclusion

Je crois que nous avons couvert tout ce dont je voulais discuter avec vous. Est-ce qu'il y a des choses que tu souhaites ajouter?

Réalisé par Joëlle Dussault
Doctorante en sociologie, Université du Québec à Montréal

Remerciements et rappel de la possibilité de me contacter pour quoi que ce soit.

Réalisé par Joëlle Dussault
Doctorante en sociologie, Université du Québec à Montréal
dussault.joelle@courrier.uqam.ca
514-649-5563

ANNEXE D
PREMIER APPEL À PARTICIPATION

Bonjour,

Je souhaite discuter avec des professionnel·les en travail social et en soins infirmiers des effets de la loi 10 sur leur profession, mais aussi des moyens pris pour la contester. Dans le cadre de ma recherche doctorale, j'organise donc des entretiens qui se font en deux étapes : d'abord un entretien de groupe en ligne puis un entretien individuel. Vos propos resteront confidentiels.

Malgré ces temps bien occupés, ça peut faire du bien de parler un peu de cet aspect de notre profession.

Bref, du sit-in à la manifestation en passant par le témoignage anonyme, votre vécu compte!

N'hésitez pas à m'écrire pour participer ou pour toute question. → dussault.joelle@courrier.uqam.ca

Joëlle Dussault, travailleuse sociale et doctorante en sociologie à l'UQAM

L'objectif de cette recherche est de documenter les réponses des professionnel·les en travail social aux effets de la loi 10.

La participation implique un entretien de groupe confidentiel et un entretien individuel, le tout en ligne.

CRITÈRES?

- Avoir participé à au moins une action collective organisée par les professionnel·les (donc pas initiée par le syndicat).
- Avoir travaillé en travail social entre 2015 et 2020.

POUR PARTICIPER ou pour toute question :
dussault.joelle@courrier.uqam.ca

Recherche conduite par Joëlle Dussault,
Travailleuse sociale & doctorante en sociologie de l'UQAM.

martine
fuit la réforme Barrette



L'objectif de cette recherche est de documenter les réponses des professionnels. Les en soins infirmiers aux effets de la loi 10.

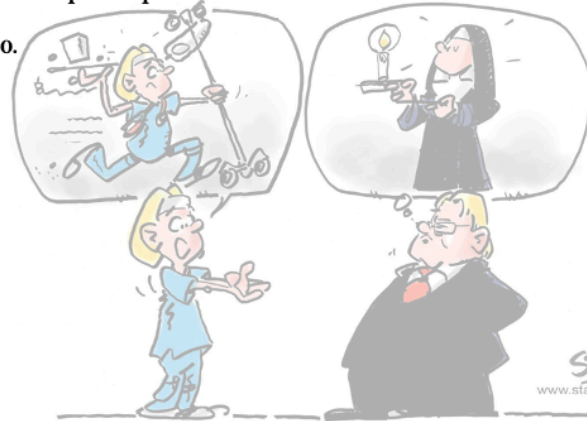
La participation implique un entretien de groupe confidentiel et un entretien individuel, le tout en ligne.

CRITÈRES?

- Avoir participé à au moins une action collective organisée par les professionnel·les (donc pas initiée par le syndicat).
- Avoir travaillé en soins infirmiers entre 2015 et 2020.

POUR PARTICIPER ou pour toute question :
dussault.joelle@courrier.uqam.ca

Recherche conduite par Joëlle Dussault,
travailleuse sociale,
doctorante en sociologie de l'UQAM.



ANNEXE E

SECOND APPEL À PARTICIPATION

Bonjour,

J'organise des séances de discussion de groupe confidentielles autour des effets de la réforme Barrette et des différentes façons de la contester.

Tu as participé à :

- Signé une pétition?
- Tu t'es organisé avec tes collègues contre un changement dans ton programme?
- Tu es allé à une manifestation?
- Une autre action du genre?

En rassemblant des témoignages de personnes sur le terrain, j'essaie d'analyser dans le cadre de ma thèse de doctorat ce qui facilite la mobilisation des professionnel·les en santé et services sociaux, mais aussi ce qui la rend difficile.

Simplement m'envoyer un message pour participer ou pour toute question.

Merci,

Joëlle Dussault, travailleuse sociale et doctorante en sociologie à l'UQAM

ANNEXE F

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



Formulaire d'information et de consentement

Action collective, genre et travail : une étude comparée des processus de mobilisation en santé et services sociaux au Québec

Chercheuse étudiante : Joëlle Dussault, doctorante au département de sociologie,
Université du Québec à Montréal

Direction de recherche : Marcos Ancelovici, professeur au département de sociologie,
Université du Québec à Montréal

Ce projet de recherche est financé par le Fonds de recherche société et culture du Québec.

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche dans le cadre d'une thèse de doctorat en sociologie. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

A) Renseignements aux répondantes

1. Objectifs de la recherche

Ce projet porte sur l'action politique liée au travail dans les secteurs de la santé et des services sociaux au Québec, depuis la réforme de la loi 10 en 2015. Il vise à documenter le processus à partir duquel les professionnel.les en soins infirmiers et en travail social se sont organisés pour contester et changer ce qui est perçu comme problématique dans leurs conditions de travail. Il s'agit de mieux comprendre et de mettre en contexte leur expérience et leur perspective.

2. Participation à la recherche

Votre participation consiste à accorder un entretien de groupe puis un entretien individuel pour discuter de votre expérience en tant que travailleuse ou travailleur de la santé et des services sociaux depuis l'entrée en vigueur de la loi 10. Les questions concernent notamment la nature de votre travail et l'organisation de celui-ci dans le réseau de la santé et des services sociaux, votre perception des changements apportés par la loi 10 à votre profession, les raisons de votre mobilisation et votre implication à des actions politiques liées à vos conditions de travail.

Avec votre autorisation, l'entretien de groupe, d'une durée approximative de d'une heure trente (1h30) et l'entretien individuel, d'une durée approximative d'une heure (1h), seront

enregistrés afin d'en faciliter la transcription. Le moment de chaque entretien sera déterminé selon vos disponibilités. Conformément aux mesures de distanciation physique dans le contexte de pandémie, les entretiens seront réalisés à distance, de manière sécurisée, via la plateforme Zoom. Il s'agit d'une plateforme de visioconférence en ligne qui peut être utilisée sur un ordinateur, une tablette ou un téléphone intelligent. Le jour de chaque entretien, un lien de connexion et un mot de passe vous seront fournis pour accéder à l'appel-conférence privé. Un guide d'utilisation de cette plateforme peut vous être fourni.

À votre demande, il sera possible de réviser les transcriptions de votre entretien et des citations qui en seront tirées avant le dépôt de la thèse.

3. Risques et inconvénients

Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est toutefois possible que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entretien. Après l'entretien, en cas de besoin de soutien, vous pouvez communiquer avec la ligne Info-Social 811.

4. Avantages et bénéfices

Le seul avantage potentiel direct pour les participants et participantes est d'offrir, grâce aux entretiens, un temps de réflexivité sur le travail et la militance, rarement possible autrement pour les professionnel.les en soins infirmiers et en travail social.

5. Confidentialité

Dans la réalisation des entretiens et des transcriptions, chaque répondant ou répondante sera identifié par un code et les renseignements personnels seront conservés séparément. À la suite de l'entretien, vous aurez le choix d'être identifié.e, dans la thèse et les publications ou communications qui en résulteraient, par votre nom complet, par votre prénom ou par un prénom fictif. Les données (identité et coordonnées des répondant.e.s, enregistrements et transcriptions) seront conservées dans un lieu sûr et protégé par mot de passe et, en tout temps, seulement accessible à la chercheuse.

A priori, les données seront détruites sept ans après le dépôt final de la thèse de doctorat.

6. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous souhaitez vous retirer, veuillez communiquer avec la

chercheuse au numéro de téléphone indiqué ci-dessous ou par courriel. À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, une fois les résultats de recherche publiés, il sera impossible de détruire les analyses portant sur vos données.

B) Consentement

Déclaration de la répondant.e

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non de participer à cette recherche.
- Je peux poser des questions et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage la chercheuse de ses responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche en ces termes.

Signature de la répondant.e : _____ Date : _____

Nom, prénom : _____

Identification dans la thèse : Nom complet Prénom seulement Prénom fictif

Engagement de la chercheuse

- J'ai expliqué à la répondante ou au répondant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu de mon mieux aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension des termes. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu dans le présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de la chercheuse : _____ Date : _____

Nom, prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Joëlle Dussault au 514-649-5563 ou à dussault.joelle@courrier.uqam.ca.

Pour toute préoccupation relative à vos droits ou aux responsabilités de la chercheuse concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM à erpe.fsh@uqam.ca ou par téléphone au 514-987-3000 poste 3642.

ANNEXE G

GRILLE D'ENTRETIEN DE GROUPE

Guide d'entretien de groupe - Action collective, genre et travail : une étude comparée des processus de mobilisation en santé et services sociaux au Québec

REMERCIEMENTS

PRÉSENTATION PERSONNELLE :

Formation en travail social
Intervenante psychosociale pendant plusieurs années
Doctorante en sociologie des mouvements sociaux

RÉSUMÉ DU PROJET :

Ce projet porte sur l'action politique liée au travail dans les secteurs de la santé et des services sociaux au Québec, depuis la réforme de la loi 10 en 2015. Il vise à documenter le processus à partir duquel les professionnel.les en soins infirmiers et en travail social se sont organisées pour contester et changer ce qui est perçu comme problématique dans leurs conditions de travail.

Les questions concernent notamment la nature de votre travail et l'organisation de celui-ci dans le réseau de la santé et des services sociaux, votre perception des changements apportés par la loi 10 à votre profession, les raisons de votre mobilisation et votre implication à des actions politiques liées à vos conditions de travail. En gros, il s'agit de vous donner la parole pour mieux comprendre votre expérience collective.

Avec votre autorisation, l'entretien de groupe, d'une durée approximative de 2h sera enregistré sur support audio et vidéo afin d'en faciliter la transcription.

CONFIDENTIALITÉ : Tous les propos recueillis ici sont confidentiels. Je ne vais donc pas divulguer vos informations personnelles. Je vous demande de respecter cette confidentialité envers les autres personnes présentes pour créer un espace sécuritaire dans lequel on se sent à l'aise de discuter.

Vous pouvez ne pas répondre aux Q et de vous retirer à tout moment. Ça va jusqu'ici?

FONCTIONNEMENT ; je vais poser des questions pour lancer des pistes de discussion entre vous. L'objectif est de créer un espace de discussion et d'échange, de rebondir sur ce que les autres disent. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » questions ou réponses. Il n'y a que des perceptions, des expériences et des histoires à partager. Ce faisant, je vous laisse prendre l'espace que vous voulez et je n'interviendrai que pour vous relancer de temps à autre.

TOURS DE PAROLE : Je vous invite à porter une attention particulière à ne pas parler en même temps, ce qui peut être un défi dans une discussion en ligne. Ce qui peut nous aider est de lever sa main devant l'écran; je pourrai vous interpellier en fonction de l'ordre dans lequel vous voulez parler. On s'habitue vite à ce fonctionnement et ça devient de plus en plus comme une conversation en face à face.

*Mettre en mosaïque les visages pour voir tout le monde

*Ça peut couper parfois, si ça persiste, écrire dans le chat ou me téléphoner

Ordre du jour :

- Tour de table
- Parler des effets de la loi 10 sur soins
- Des actions que vous avez faites ou dont vous avez entendu parler
- Mot de la fin

Avez-vous des commentaires ou questionnements avant de commencer?

Tour de table (nommer une personne qu'on voit)

Nom, ville, poste, implication, intérêt à participer, autre

Identification des effets de la Réforme de la loi 10 sur les conditions de travail

→Je suggère que nous commençons par des aspects plus généraux et que nous précisions graduellement les choses au moyen d'exemples tirés de votre expérience. ←

Quels changements l'entrée en vigueur de la loi 10 a eu sur :

Votre travail?

Votre profession?

Votre vie personnelle? (Conditions de vie, émotionnelles, psychologiques)

Sachant qu'on associe souvent le TS/soins à une vocation, de don de soi, pensez-vous que ça influence la façon dont les gestionnaires comprennent le TS/soins?

(Cibler : division sexuelle du travail, représentation genrée, insti genrée, etc.)

Réactions/actions individuelles et collectives

Quelles ont été les réactions aux effets de [reprendre les exemples donnés]?

Réactions personnelles

Réactions de l'unité de travail

Réactions de l'institution

Réactions du syndicat

Autre

Quelles actions ont été envisagées par toi ou ton équipe de travail? ? (Autant *défensive* qu'*offensive*, autant sous forme de *lutte* que de *fuite* [demander une mutation, démissionner, etc.]

Quelles sont les actions qui vous ont marquées depuis 2015?

Actions qui sont venues des travailleuses, plutôt que du syndicat?

Quelle est la différence pour vous?

Comment s'est déroulé [reprendre les exemples donnés]?

Si le passage à l'action n'a pas été possible, comment l'expliquez-vous?

(Cibler : quand, comment, par qui, dans quel but) (revendications, slogans, #H/F, ambiance)

*Qu'est-ce que cela veut dire, pour vous, de « passer à l'action »? Qu'est-ce qui vous a décidé à le faire?

Sachant que le TS/soins est associée au care, quel effet (+/-) pensez-vous que ça puisse avoir sur la mobilisation :

Enjeux identifiés

Modes d'action privilégiés

Ce qui n'a pas fonctionné

Quels effets de la mobilisation pouvez-vous identifier?

Effets individuels

Effet sur milieu de travail/profession

Effet sur l'institution

Effet sur la réforme de la loi 10/politiques en place

(Cibler : Lien action collective et institution)

Que pensez-vous de la mobilisation actuelle en travail social/soins infirmiers?

(Cibler : actions autonomes)

(Pause de 5 minutes au besoin)

Conclusion (5 min.)

Je crois que tout a été couvert grâce à vos échanges. Est-ce qu'il y a autre chose dont nous n'avons pas discuté que vous souhaiteriez aborder?

Remerciements et rappel de la possibilité de me contacter pour quoi que ce soit.

ANNEXE H

GRILLE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

Guide d'entretien individuel

Action collective, genre et travail : une étude comparée des processus de mobilisation en santé et services sociaux au Québec

Réalisé par Joëlle Dussault

Doctorante en sociologie, Université du Québec à Montréal

Introduction (10 min.)

Résumé du projet et objectif de recherche (au cas où):

Ce projet porte sur l'action politique liée au travail dans les secteurs de la santé et des services sociaux au Québec, depuis la réforme de la loi 10 en 2015. Il vise à documenter le processus à partir duquel les professionnel.les en soins infirmiers et en travail social se sont organisées pour contester et changer ce qui est perçu comme problématique dans leurs conditions de travail. Il s'agit de vous donner la parole pour mieux comprendre votre expérience.

Proposition de fonctionnement pour l'entretien de groupe :

L'objectif est de revenir sur ce qui a été dit durant l'entretien de groupe pour vous permettre de compléter certaines informations ou de revenir sur certains propos. Ce sera aussi l'occasion de parler de choses dont vous ne vous souveniez peut-être pas lors du dernier entretien ou encore dont vous préférez discuter seule.

Les questions concernent notamment votre perception des changements apportés par la loi 10 à votre profession, les raisons de votre mobilisation et votre implication à des actions politiques liées à vos conditions de travail. Comme je l'expliquais dans la rencontre collective, il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » questions ou réponses. Il n'y a que des perceptions, des expériences et des histoires à partager.

Avec votre autorisation, l'entretien individuel, d'une durée de moins d'une heure, sera enregistré sur support audio afin d'en faciliter la transcription.

Rappel de la confidentialité :

Tous les propos recueillis ici sont confidentiels. Je ne vais donc pas divulguer vos informations personnelles et il ne sera pas possible de savoir qui a dit quoi.

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision.

Avez-vous des commentaires ou questionnements avant de commencer?

Questions pour l'entretien (1h)

Retour et complément de l'entretien de groupe :

Tout d'abord, comment avez-vous trouvé l'entretien de groupe?

Est-ce qu'il y a des choses avec lesquelles vous n'étiez pas d'accord, ou encore sur lesquelles vous aimeriez revenir?

Quelles sont les choses que vous auriez souhaité dire, mais que vous n'avez pas pu aborder?

Est-ce qu'il y a des questions ou des réponses, commentaires, qui vous ont surpris? Ou conforté?

Durant l'entretien de groupe, nous avons discuté de [rappeler les principales actions discutées]; avez-vous l'impression que tout a été dit sur le sujet? Que pourriez-vous dire d'autre?

Durant l'entretien de groupe, vous avez mentionné [reprendre les propos sur l'aspect genré de la lutte et sur le processus de mobilisation]; pouvez-vous élaborer davantage?

Trajectoire personnelle :

En terminant, j'aimerais revenir brièvement sur votre trajectoire, simplement pour avoir des informations complémentaires à ce qui a été dit durant notre première rencontre.

Tout d'abord, parlez-moi de vous.

Professions de parents, quartier de résidence, type d'école fréquentée, rapport au monde du travail et de la famille (quelles ont été les figures de passeurs, qui ont facilité les contacts et la socialisation), lectures, fréquentations, etc.

Comment avez-vous commencé à participer aux mobilisations?

Vous souvenez-vous comment s'est passé le premier contact ou la première rencontre avec des collègues pour discuter des enjeux problématiques et de luttes?

Qu'est-ce qui a suivi ce premier contact? Combien de temps cela a-t-il duré? Vous avez douté?

Conclusion (5 min.)

Je crois que nous avons couvert tout ce dont je voulais discuter avec vous. Y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter?

Remerciements et rappel de la possibilité de me contacter pour quoi que ce soit.

Réalisé par Joëlle Dussault

Doctorante en sociologie, Université du Québec à Montréal

dussault.joelle@courrier.uqam.ca

514-649-5563

BIBLIOGRAPHIE

- Acker, Joan. (1990). Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations. *Gender & Society*, 4(2), 139-158. <https://doi.org/10.1177/089124390004002002>
- Acker, Joan. (2006). Inequality Regimes: Gender, Class, and Race in Organizations. *Gender & Society*, 20(4), 441-464. <https://doi.org/10.1177/0891243206289499>
- Adams, Julia. et Padamsee, Tasleem. (2001). Signs and Regimes: Rereading Feminist Work on Welfare States. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 8(1), 1-23. <https://doi.org/10.1093/sp/8.1.1>
- Agence France Presse. (2020, 2 avril). Zoom veut renforcer sa sécurité face aux questions de la justice américaine. Le Journal de Montréal. <https://www.journaldemontreal.com/2020/04/02/zoom-veut-renforcer-sa-securite-face-aux-questions-de-la-justice-americaine>
- Almeida, Paul. (2019). How to Study Social Movements: Classification and Methods. Dans Paul Almeida (dir.) *Social Movements : The Structure of Collective Mobilization* (p. 19-43). University of California Press.
- Ancelovici, Marcos. (2021). Bourdieu in movement: toward a field theory of contentious politics. *Social Movement Studies*, 20(2), 155-173. <https://doi.org/10.1080/14742837.2019.1637727>
- Ancelovici, Marcos et Rousseau, Stéphanie. (2009). Présentation: Les mouvements sociaux et la complexité institutionnelle. *Sociologie et sociétés*, 41(2), 5-14. <https://doi.org/10.7202/039255ar>
- Andrew, Merrindahl et McLaren, Kirsty. (2014). Radical Institutions and Routine Protest? Women's Movement Activism Against Male Violence. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2489948>
- APER. (2020). Conditions de travail Archives. APER. <https://aper.qc.ca/category/conditionstravail/>
- Apesoa-Varano, Ester C. et Varano, Charles S. (2004). Nurses and labor activism in the United States: The role of class, gender, and ideology. *Social justice*, 31(3), 77-104.
- Archibald, Mandy M., Ambagtsheer, Rachel C., Casey, Mavourneen G. et Lawless, Michael. (2019). Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.1177/1609406919874596>
- Ashforth, Blake E et Kreiner, Glen E. (1999). « How Can You Do It? »: Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity. *The Academy of Management Review*, 24(3), 413-434.

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2018). Déclaration des infirmières et infirmiers contre le racisme à l'égard des Autochtones dans les soins infirmiers et les soins de santé. Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2021). Déclaration des infirmières et infirmiers contre le racisme envers les Noirs dans les soins infirmiers et les soins de santé. Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association médicale du Québec. (2017). *Réforme en santé - loi 10*. Médecins en action. https://www.amq.ca/fiches/Reforme_en_sante_Loi10.pdf
- Atikamekw Sipi. (2023). *Système d'intervention d'autorité Atikamekw (SIAA)*. Atikamekw Sipi. <http://www.atikamekwsipi.com/fr/services/service-sociaux-atikamekw-onikam/services/systeme-dintervention-dautorite-atikamekw-siaa>
- Atkinson, Joshua (dir.). (2017). Research Methodologies. Dans *Journey into Social Activism. Qualitative Approches* (p. 27-64). Fordham University.
- Attride-Stirling, Jennifer. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Audet, Monique. (2011). Quarante ans de négociations dans le secteur public : 1966-2006. *Bulletin d'histoire politique*, 19(2), 143-152. <https://doi.org/10.7202/1054897ar>
- Bachrach, Peter et Baratz, Morton S. (1962). Two Faces of Power. *American Political Science Review*, 56(4), 947-952. <https://doi.org/10.2307/1952796>
- Banaszak, Lee Ann. (2001). *Why Movements Succeed or Fail. Opportunity, Culture, and the Struggle for Woman Suffrage*. Princeton University Press.
- Banaszak, Lee Ann. (2005). Inside and Outside the State: Movement Insider Status, Tactics and Public Policy Achievements. Dans David S. Meyer, Valerie Jenness et Helen M. Ingram (dir.), *Routing the opposition: social movements, public policy, and democracy* (p. 149-176). University of Minnesota Press.
- Banaszak, Lee Ann. (2010). *The women's movement inside and outside the state*. Cambridge University Press.
- Barbe, Mylène et Bourque, Mélanie. (2019). Les travailleuses sociales et les obstacles à la contestation de la norme managériale: *Sciences & Actions Sociales*, 11(1), 29-41. <https://doi.org/10.3917/sas.011.0029>
- Baribeau, Colette. (2005). Le journal de bord : un instrument de collecte de données indispensable. *Recherches qualitatives*, (2), 98-114.
- Basile, Suzie et Bouchard, Patricia. (2022). *Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

- Béland, Daniel. (2007). Ideas and Institutional Change in Social Security: Conversion, Layering, and Policy Drift. *Social Science Quarterly*, 88(1), 20-38. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2007.00444.x>
- Béland, Daniel. (2009). Gender, Ideational Analysis, and Social Policy. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 16(4), 558-581. <https://doi.org/10.1093/sp/jxp017>
- Béland, Daniel. (2010). Policy Change and Health Care Research. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4), 615-641. <https://doi.org/10.1215/03616878-2010-019>
- Bellot, Céline et Sylvestre, Marie-Ève. (2022). La judiciarisation de l'itinérance autochtone à Val-d'Or. Dans Pascale Dufour et Francis Dupuis-Déri (dir.), *Profilages policiers* (p. 123-142). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Benford, Robert D. (1993). Frame Disputes within the Nuclear Disarmament Movement. *Social Forces*, 71(3), 677-701.
- Benford, Robert D. et Snow, David A. (2000). Framing Processes and Social Movements: An Overview and Assessment. *Annual Review of Sociology*, 26, 611-639.
- Bengtsson, Bo et Bohman, Helena. (2021). Tenant Voice – As Strong as It Gets. Exit, Voice and Loyalty in Housing Renovation. *Housing, Theory and Society*, 38(3), 365-380. <https://doi.org/10.1080/14036096.2020.1766558>
- Bennani-Chraïbi, Mounia. (2020). Exit, voice, loyalty. Dans *Dictionnaire des mouvements sociaux* (2^e édition, p. 251-258). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.filli.2020.01.0251>
- Benoît, Jacques. (2015). La réforme Barrette: cap sur le privé en santé. *Relations*, 1-9.
- Berclaz, Julie et Giugni, Marco. (2005). Specifying the Concept of Political Opportunity Structures. Dans Maria Kousis et Charles Tilly (dir.), *Economic and Political Contention in Comparative Perspective* (p. 15-32). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315635040>
- Bereni, Laure. (2012). Penser la transversalité des mobilisations féministes : l'espace de la cause des femmes. Dans Christine Bard (dir.), *Les féministes de la 2^{ème} vague* (p. 27-41). Presses universitaires de Rennes.
- Bereni, Laure et Revillard, Anne. (2018). Movement Institutions: The Bureaucratic Sources of Feminist Protest. *Politics & Gender*, 14(3), 407-432. <https://doi.org/10.1017/S1743923X18000399>
- Bereni, Laure et Revillard, Anne. (2012a). Les femmes contestent: Genre, féminismes et mobilisations collectives. *Sociétés contemporaines*, 85(1), 5-15. <https://doi.org/10.3917/soco.085.0005>

- Bereni, Laure et Revillard, Anne. (2012b). Un mouvement social paradigmatique?: Ce que le mouvement des femmes fait à la sociologie des mouvements sociaux. *Sociétés contemporaines*, 85(1), 17-41. <https://doi.org/10.3917/soco.085.0017>
- Berger, François. (1990, 23 juillet). Les «boubou-macoutes» ont visité 136 000 foyers l’an dernier. *La Presse*.
- Bergeron-Gaudin, Jean-Vincent. (2019). L’organisation communautaire en travail social au Québec: Origines, trajectoire et tensions. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 80-99. <https://doi.org/10.7202/1066102ar>
- Berthiaume, Jean-François. (2009). Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier. *Intervention*, (131), 89-97.
- Blais, Mélissa. (2018). *Masculinisme et violences contre les femmes: une analyse des effets du contremouvement antiféministe sur le mouvement féministe québécois*. [Thèse, Université du Québec à Montréal].
- Blais, Mélissa. (2021). Ce que la peur fait à l’engagement féministe. *Lien social et Politiques*, (86), 94-112. <https://doi.org/10.7202/1079494ar>
- Bogo, Marion. (2006). *Social work practice: concepts, processes, and interviewing*. Columbia University Press.
- Boivin, Louise. (2013). Réorganisation des services d’aide à domicile au Québec et droits syndicaux: de la qualification à la disponibilité permanente juste-à-temps: *Nouvelles Questions Féministes*, 32(2), 44-56. <https://doi.org/10.3917/nqf.322.0044>
- Boivin, Louise. (2017). La représentation collective au travail en contexte d’externalisation des services publics d’aide à domicile au Québec. *Relations industrielles*, 72(3), 501-523. <https://doi.org/10.7202/1041095ar>
- Boivin, Louise. (2020). *La place des secteurs public et privé dans la prestation des services d’aide à domicile au Québec depuis la réforme Barrette de 2015. Rapport d’analyse statistique*. Université du Québec en Outaouais (UQO) et Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN).
- Boivin, Louise. (2021). Démarchandisation et démocratisation: une alternative pour les services et soins de longue durée. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, 25, 110-117.
- Boivin, Louise, Vincent, Catherine et Bérout, Sophie. (2017). Une grève pionnière de salariées précaires dans les services privés d’hébergement pour personnes âgées au Québec. *Chronique internationale de l’IRES*, (157), 53-65.
- Boivin-Desrochers, Camille et Alderson, Marie. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières: stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers*, 118(3), 85-96. <https://doi.org/10.3917/rsi.118.0085>

- Bolduc, François. (2013). *Impacts de la réforme du réseau québécois de la santé et des services sociaux (2003) sur la représentation qu'ont les gestionnaires de leur travail* [Thèse, Université de Montréal].
- Bolduc, François. (2015). La décentralisation des négociations dans le secteur de la santé et des services sociaux québécois : qu'en disent les gestionnaires locaux ? *Relations industrielles*, 70(1), 110-130. <https://doi.org/10.7202/1029282ar>
- Bosco, Fernando J. (2006). The Madres de Plaza de Mayo and Three Decades of Human Rights' Activism: Embeddedness, Emotions, and Social Movements. *Annals of the Association of American Geographers*, 96(2), 342-365. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8306.2006.00481.x>
- Boucher, Yvon, Grenier, Josée et Bourque, Mélanie. (2018). La mutation en groupe de médecine familiale: quel sort pour les intervenantes psychosociales? Dans Josée Grenier et Mélanie Bourque (dir.), *Les services sociaux à l'ère managériale* (p. 59-74). Presses de l'Université Laval.
- Boudou-Laforce, Étienne. (2013, 19 août). *La méthode Lean, ou comment déshumaniser les services de santé au Québec*. HuffPost [Nouvelles]. https://quebec.huffingtonpost.ca/etienne-boudou-laforce/methode-lean-sante_b_3761879.html
- Bougie, Manon et Cara, Chantal. (2008). Temps supplémentaire obligatoire. Une première étude phénoménologique sur les perceptions d'infirmières. *Perspective infirmière*, (Nov/Déc), 33-40.
- Bourque, Denis, Comeau, Yvan, Favreau, Louis et Fréchette, Lucie (dir.). (2007). *L'organisation communautaire: fondements, approches et champs de pratique*. Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, Denis et Lachapelle, René. (2018). Les ravages de la réforme Barrette. *Relations*, 798, 20-21.
- Bourque, Mélanie. (2023, 31 mars). *Réforme Dubé en santé: Si j'étais Véro...*. La Presse [Opinion]. <http://www.lapresse.ca/debats/opinions/2023-03-31/reforme-dube-en-sante/si-j-etais-vero.php>
- Bourque, Mélanie et Grenier, Josée. (2018). Introduction. Dans Josée Grenier et Mélanie Bourque (dir.), *Les services sociaux à l'ère managériale*. (p. 1-12). Presses de l'Université de Laval.
- Bourque, Mélanie, Grenier, Josée et Bilodeau, Denis. (2018). Les réformes du réseau de la santé et des services sociaux : une impression de changement sur une vague de continuité. Dans Josée Grenier et Mélanie Bourque (dir.), *Les services sociaux à l'ère managériale* (p. 13-34). Presses de l'Université Laval.
- Bourque, Mélanie, Grenier, Josée, Quesnel-Vallée, Amélie et St-Germains, Lise. (2019). *L'accessibilité, la continuité et la qualité des services auprès des usagers et usagères des*

programmes de soutien aux personnes âgées (SAPA). Rapport de recherche déposé au comité des usagers du CSSS Lucille-Teasdale, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. UQO, Campus St-Jérôme, département de travail social.

- Bourque, Melanie et Quesnel-Vallée, Amélie. (2014). Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec : la réforme Couillard de 2003. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé*, 2(2), 1-10. <https://doi.org/10.13162/hro-ors.02.02.01>
- Bourque, Reynald. (2023). 1999. *Grève des infirmières liées à la FIIQ* [Les relations du travail au Québec]. Les relations du travail au Québec. <https://lignedutemps.org/>
- Braun, Virginia et Clarke, Victoria. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bresson, Maryse, Jetté, Christian et Bellot, Céline. (2013). Les enjeux de la nouvelle gestion publique en travail social. Dans Céline Bellot, Christian Jetté et Maryse Bresson (dir.), *Le travail social et la nouvelle gestion publique* (p. 1-8). Presses de l'Université du Québec.
- Briskin, Linda. (2012). Resistance, mobilization and militancy: nurses on strike. *Nursing Inquiry*, 19(4), 285-296. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00585.x>
- Brown, Gavin et Pickerill, Jenny. (2009). Space for emotion in the spaces of activism. *Emotion, Space and Society*, 2(1), 24-35. <https://doi.org/10.1016/j.emospa.2009.03.004>
- Bureau, Géraldine. (2017). *Manuel de survie à l'usage des intervenantes et intervenants sociaux québécois*. RECIFS.
- Bureau, Géraldine. (2018). *Rapport de sondage portant sur les conditions de pratique en intervention/travail social(e) québécois(e)*. RECIFS.
- Cahill, Damien, Cooper, Melinda, Konings, Martijn et Primrose, David. (2018). Introduction: Approaches to Neoliberalism. Dans Damien Cahill, Melinda Cooper, Martijn Konings et David Primrose (dir.), *The SAGE Handbook of Neoliberalism* (p. 1-16). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526416001>
- Calhoun, Craig. (1993). « New Social Movements » of the Early Nineteenth Century. *Social Science History*, 17(3), 385-427. <https://doi.org/10.2307/1171431>
- Caren, Neal. (2007). Political Process Theory. Dans George Ritzer (dir.), *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeosp041>
- Carrière, Gisèle, Park, Jungwee, Deng, Zechuan et Kohen, Dafna. (2020). *Heures supplémentaires travaillées par le personnel professionnel en soins infirmiers pendant la pandémie de COVID-19*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00074-fra.htm>

- Casséus, Thierry. (2022). Être un jeune homme noir dans l'espace public de Montréal. Dans Pascale Dufour et Francis Dupuis-Déri (dir.), *Profilages policiers* (p. 105-122). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Centre de recherche sur les politiques et le développement social et Université de Montréal. (2020). *Guide de la recherche en période de pandémie*. Université de Montréal.
- Chappell, Louise. (2010). Comparative Gender and Institutions: Directions for Research. *Perspectives on Politics*, 8(1), 183-189. <https://doi.org/10.1017/S1537592709992751>
- Charmaz, Kathy. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd edition). Sage.
- Chehaitly, Sébastien, Rahman, Momin et Chbat, Marianne. (2020). « Est-ce que c'est parce que j'ai l'air trop fif ou trop brun?... On a plusieurs raisons de se faire détester! » Être musulman·e LGBTQ+ au Québec et vivre à l'intersection de multiples oppressions. Récits de quelques parcours militants. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 182-205. <https://doi.org/10.7202/1076643ar>
- Chouinard, Tommy. (2020, 22 mai). «Fin de l'omerta» en santé: 1791 dénonciations reçues. *La Presse*, section COVID-19. <https://www.lapresse.ca/actualites/covid-19/2020-05-22/fin-de-l-omerta-en-sante-1791-denonciations-recues>
- Cloutier-Villeneuve, Luc et Rabemananjara, Julie. (2016). Portrait de la situation des Québécoises sur le marché du travail au cours des 35 dernières années. *Institut de la statistique du Québec*, 2, 1-14.
- Cohen, Nissim et Filc, Dani. (2017). An alternative way of understanding exit, voice and loyalty: the case of informal payments for health care in Israel: Black Market Medicine in Israel. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32(1), 72-90. <https://doi.org/10.1002/hpm.2309>
- Cohen, Yolande. (2000). *Profession infirmière: une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*. Presses de l'Université de Montréal.
- Cohen, Yolande. (2008). Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec: *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 84-93. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0083>
- Cohen-Émerique, Margalit. (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social: théories et pratiques*. (Ser. Politiques et interventions sociales). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Collages féminicides Paris. (2022). Sans titre. Collages féminicides Paris. https://www.instagram.com/accounts/login/?next=%2Fcollages_feminicides_paris%2F&source=omni_redirect
- Collectif CourtePointe. (2006). *Pointe Saint-Charles: un quartier, des femmes, une histoire communautaire*. Éditions du remue-ménage.

- Colom, Anna. (2021). Using WhatsApp for focus group discussions: ecological validity, inclusion and deliberation. *Qualitative Research*, 1-16. <https://doi.org/10.1177/1468794120986074>
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. (1967-1972). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. <https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/guides/fr/les-commissions-d-enquete-au-quebec-depuis-1867/7590-commission-castonguay-nepveu-1967-72>
- Confédération des syndicats nationaux. (2013). *Les infirmières de Sainte-Justine déclenchaient une grève historique*. CSN – Confédération des syndicats nationaux. <https://www.csn.qc.ca/actualites/les-infirmieres-de-sainte-justine-declenchaient-une-greve-historique/>
- Confédération des syndicats nationaux. (2016). *Une force incontournable en santé et dans les services sociaux*. Confédération des syndicats nationaux (CSN). <https://www.csn.qc.ca/actualites/force-incontournable-sante-services-sociaux/>
- Connell, Raewyn. (1987). *Gender and power: society, the person, and sexual politics*. Stanford University Press.
- Connell, Raewyn. (2006). Glass Ceilings or Gendered Institutions? Mapping the Gender Regimes of Public Sector Worksites. *Public Administration Review*, 66(6), 837-849. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00652.x>
- Connell, Raewyn. (2009). *Gender: in world perspective* (2nd ed). Polity.
- Connell, Raewyn. (2012). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1675-1683. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006>
- Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw. (2020). *Principe de Joyce*. Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw
- Contandriopoulos, Damien et Tremblay, Émile. (2009). Les réformes du système de santé québécois : une constance dans l'échec. *Sciences de la société*, (76), 1-13. <https://doi.org/10.4000/sds.9036>
- Côté, Jacob. (2023, 25 février). *La menace de démission des infirmières est illégale, tranche le Tribunal du travail*. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1959137/jugement-tribunal-ciuss-mcq-fiq-demission-500-infirmieres>
- Courcy, Isabelle, des Rivières-Pigeon, Catherine et Modak, Marianne. (2016). Appréhender l'invisible : réflexions sur un dispositif méthodologique élaboré pour l'analyse du travail domestique. *Recherches féministes*, 29(1), 51-69. <https://doi.org/10.7202/1036669ar>
- Creswell, John W. et Poth, Cheryl N. (2017). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (Fourth edition). SAGE.

- Crête, Josianne. (2019). Une identité professionnelle en tension : les travailleuses sociales en réadaptation en déficience physique. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 63-79.
- Crête, Josianne, Pullen Sanfaçon, Annie et Marchand, Isabelle. (2015). L'identité professionnelle de travailleurs sociaux en devenir : de la formation à la pratique. *Service social*, 61(1), 43-55.
- Cruickshank, Justin. (2016). Putting Business at the Heart of Higher Education: On Neoliberal Interventionism and Audit Culture in UK Universities. *Open Library of Humanities*, 2(1), 1-33. <https://doi.org/10.16995/olh.77>
- Daigneault, Julien. (2019, 23 avril). *Accidents, épuisement, pénurie en santé La population doit savoir*. Presse-toi à gauche! <https://www.pressegauche.org/Accidents-epuisement-penurie-en-sante-La-population-doit-savoir>
- D'Antonio, Patricia. (2022). What do we do about Florence Nightingale? *Nursing Inquiry*, 29(1), 1-3. <https://doi.org/10.1111/nin.12450>
- Dardot, Pierre et Laval, Christian. (2010). *La nouvelle raison du monde: essai sur la société néolibérale*. la Découverte.
- Davison, Patrick. (2012). The language of internet memes. Dans Michael Mandiberg (dir.), *The social media reader* (p. 120-136). New York University Press.
- de Gaulejac, Vincent. (2010). La NGP: Nouvelle gestion paradoxante. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 83-98. <https://doi.org/10.7202/044221ar>
- de Gaulejac, Vincent et Hanique, Fabienne. (2015). *Le capitalisme paradoxant: un système qui rend fou*. Éditions du Seuil.
- Dejours, Christophe. (1988). Le masculin entre sexualité et société. *Adolescence*, 6(1), 89-116.
- della Porta, Donatella et Diani, Mario. (2006). *Social movements: an introduction* (2nd ed). Blackwell Publishing.
- della Porta, Donatella. (2002). Comparative Politics and Social Movements. Dans Bert Klandermans et Suzanne Staggenborg (dir.), *Methods of social movement research* (p. 286-313). University of Minnesota Press.
- Descarries, Francine et Corbeil, Christine. (1993). Introduction. Dans Francine Descarries et Christine Corbeil, *Recherche-action et questionnements féministes* (p. 7-16). Institut de recherches et d'études féministes de l'UQAM.
- Descarries, Francine et Corbeil, Christine. (2002). Articulation famille/travail : quelles réalités se cachent derrière la formule ? Dans Francine Descarries et Christine Corbeil (dir.), *Espaces et temps de la maternité* (p. 456-477). Éditions du remue-ménage.

- Deslauriers, Jean-Pierre. (2015). L'évolution du travail social québécois à travers les commissions d'enquête. Dans Jean-Pierre Deslauriers et Daniel Turcotte (dir.), *Introduction au travail social* (3e édition, p. 29-49). Presses de l'Université Laval.
- Deslauriers, Jean-Pierre et Turcotte, Daniel (dir.). (2015). *Introduction au travail social* (3e édition). Presses de l'Université Laval.
- Desplanques, Anne Caroline. (2021, 9 mai). *COVID-19: des anges gardiens forcés de travailler sans papiers*. Journal de Montréal. <https://www.journaldemontreal.com/2021/05/09/des-anges-gardiens-forces-de-travailler-sans-papiers>
- Desrochers, François. (2016). *La nouvelle gestion publique: une manifestation des transformations néolibérales du pouvoir* [Mémoire, Université du Québec à Montréal].
- Diani, Mario. (1996). Linking Mobilization Frames and Political Opportunities: Insights from Regional Populism in Italy. *American Sociological Review*, 61(6), 1053-1069. <https://doi.org/10.2307/2096308>
- Dominelli, Lena. (2012) Anti-Oppressive Practice. Dans Mel Gray, James Midgley et Stephen Webb (dir.), *The SAGE Handbook of Social Work* (p. 328-340). SAGE Publications Ltd.
- Dontigny, Camille. (2021). *Le recours au temps supplémentaire obligatoire: les enjeux en droit disciplinaire pour les infirmières* [Maîtrise, Université de Sherbrooke].
- Dorlin, Elsa. (2008). *Sexe, genre et sexualités: introduction à la théorie féministe*. Presses universitaires de France.
- Doucet, Marie-Chantal. (2013). Perspectives théoriques en sciences humaines. Le pari d'un pluralisme pragmatique. Dans Henri Dorvil et Elizabeth Harper (dir.), *Le travail social: théories, méthodologies et pratiques* (p. 89-114). Presses de l'Université du Québec.
- Dufour, Mathieu et Laurin-Lamothe, Audrey. (2019). La construction discursive des rapports de force dans les éditoriaux de La Presse : le cas des médecins et des infirmières. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 74(3), 423-444. <https://doi.org/10.7202/1065167ar>
- Dufour, Pascale. (2013). *Trois espaces de protestation: France, Canada, Québec*. Presses de l'Université de Montréal.
- Dufour, Pascale et Ancelovici, Marcos. (2018). From Citizenship Regimes to Protest Regimes? Dans Mireille Paquet, Nora Nagels et Aude-Claire Fourot (dir.), *Citizenship as a Regime: Canadian and International Perspectives* (p. 165-185). McGill-Queen's University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv2n7qyg>
- Dufour, Pascale et Dussault, Joëlle. (2022). Répression. Dans G Petit, L Blondiaux, I Casillo, J.-M. Fourniau, G Gourgues, S Hayat, R Lefebvre, S Rui, S Wojcik et J Zetlaoui-Léger (dir.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la Participation, DicoPart (2ème édition)*. GIS Démocratie et Participation. <https://www.dicopart.fr/repression-2022>

- Dunezat, Xavier. (1998). Des mouvements sociaux sexués. *Recherches féministes*, 11(2), 161-195. <https://doi.org/10.7202/058009ar>
- Dunezat, Xavier. (2006). Le traitement du genre dans l'analyse des mouvements sociaux : France / États-Unis. *Cahiers du Genre*, 1(3), 117-141. <https://doi.org/10.3917/cdge.hs01.0117>
- Durand, Suzanne, Harvey, Barbara et D'Anjou, Hélène. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.
- Dussault, Joëlle. (2022a). L'entretien de groupe en ligne, exemplification d'une méthode qualitative d'analyse de la réflexivité. *SociologieS*, 1-16. <https://doi.org/10.4000/sociologies.18221>
- Dussault, Joëlle. (2022b). The prefigurative politics of place-making: Analysis of a neighbourhood-based campaign for a social centre. *Emotion, Space and Society*, 44, 100901. <https://doi.org/10.1016/j.emospa.2022.100901>
- Dussault, Lila. (2021, 24 septembre). Primes aux infirmières: « C'est de la poudre aux yeux ». *La Presse* [section Santé]. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-24/primes-aux-infirmieres/c-est-de-la-poudre-aux-yeux.php>
- Éditeur officiel du Québec. (2009). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Code des professions c. 21. Code des professions.
- Éditeur officiel du Québec. (2014). *Projet de loi no 10 Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* c. 10 Éditeur officiel du Québec.
- Éditeur officiel du Québec. (2020a). *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*.
- Éditeur officiel du Québec. (2020b). *Loi sur les infirmières et les infirmiers RLRQ c I-8*. CanLII. <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/rlrq-c-i-8/derniere/rlrq-c-i-8.html>
- Éditeur officiel du Québec. (2022). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. I-8, r. 9. Légis Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/I-8,%20r.%209%20/>
- Éditeur officiel du Québec. (2024). *Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/m-1.1>
- Edwards, Bob et Foley, Michael. (2003). Social Movement Organizations Beyond The Beltway: Understanding The Diversity Of One Social Movement Industry. *Mobilization: An International Quarterly*, 8(1), 87-107. <https://doi.org/10.17813/maiq.8.1.ej215xx422863312>

- Edwards, Bob et Gillham, Patrick F. (2013). Resource mobilization theory. Dans David Snow, Donatella Della Porta et Bert Klandermans (dir.), *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Social and Political Movements*. Blackwell Publishing.
- Edwards, Bob, McCarthy, John D. et Mataic, Dane R. (2018). The Resource Context of Social Movements. Dans David A. Snow, Sarah A. Soule, Hanspeter Kriesi et Holly J. McCammon (dir.), *The Wiley Blackwell Companion to Social Movements* (1^{re} éd., p. 79-97). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119168577.ch4>
- Egid, Beatrice, Ozano, Kim, Hegel, Guillermo, Zimmerman, Emily, López, Yaimie, Roura, Maria, Sheikhattari, Payam, Jones, Laundette, Dias, Sónia et Wallerstein, Nina. (2021). Can everyone hear me? Reflections on the use of global online workshops for promoting inclusive knowledge generation. *Qualitative Research*, 1-22. <https://doi.org/10.1177/14687941211019585>
- Ehrenreich, Barbara et English, Deirdre. (2018). *Sorcières, sages-femmes et infirmières, une histoire des femmes et de la médecine*. (Remue-ménage).
- Einwohner, Rachel L., Hollander, Jocelyn A. et Olson, Toska. (2000). Engendering Social Movements: Cultural Images and Movement Dynamics. *Gender & Society*, 14(5), 679-699. <https://doi.org/10.1177/089124300014005006>
- Falquet, Jules-France. (2002). Division sexuelle du travail révolutionnaire : réflexions à partir de l'expérience salvadorienne (1970-1994). *Cahiers des Amériques latines*, (40), 109-128. <https://doi.org/10.4000/cal.6912>
- Favreau, Louis et Hurtubise, Yves. (1993). *CLSC et communautés locales: la contribution de l'organisation communautaire*. Presses de l'Université du Québec.
- Feagin, Joe R., Orum, Anthony M. et Sjoberg, Gideon. (1991). *A Case for the case study*. University of North Carolina Press.
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2020). *Je dénonce*. FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec). <https://www.fiqsante.qc.ca/jedenonce/accueil/>
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2021). *Bref historique de la FIQ*. FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec). <https://www.fiqsante.qc.ca/a-propos/historique/>
- Ferree, Myra Marx (dir.). (2002). Reviewed Work(s): *Passionate Politics: Emotions and Social Movements* by Jeff Goodwin, James M. Jasper and Francesca Polletta. *Contemporary Sociology*, 31(6), 746-747.
- Ferree, Myra Marx. (2005). Soft Repression: Ridicule, Stigma, and Silencing in Gender-Based Movements. Dans Christian Davenport, Hank Johnston et Mueller, Carol (dir.), *Repression and Mobilization* (p. 138-155). University of Minnesota Press. [https://doi.org/10.1016/S0163-786X\(04\)25004-2](https://doi.org/10.1016/S0163-786X(04)25004-2)

- Ferree, Myra Marx et Miller, Frederick D. (1985). Mobilization and Meaning: Toward an Integration of Social Psychological and Resource Perspectives on Social Movements. *Sociological Inquiry*, 55(1), 38-61. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1985.tb00850.x>
- Ferree, Myra Marx et McClurg Mueller, Carol. (2004). Feminism and the Women's Movement: A Global Perspective. Dans David A. Snow, Sarah A. Soule et Hanspeter Kriesi (dir.), *The Blackwell Companion to Social Movements* (p. 576-607). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470999103.ch25>
- Fillieule, Olivier. (2009). De l'objet de la définition à la définition de l'objet. De quoi traite finalement la sociologie des mouvements sociaux ? *Politique et Sociétés*, 28(1), 15-36. <https://doi.org/10.7202/001723ar>
- Fillieule, Olivier. (2010). Tombeau pour Charles Tilly: Répertoires, performances et stratégies d'action. Dans Eric Agrikoliansky (dir.), *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*. (p. 77-99). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.filli.2010.01.0077>
- Flesher Fominaya, Cristina. (2007). The Role of Humour in the Process of Collective Identity Formation in Autonomous Social Movement Groups in Contemporary Madrid. *International Review of Social History*, 52, 243-258.
- Flesher Fominaya, Cristina. (2010). Collective Identity in Social Movements: Central Concepts and Debates: Collective Identity in Social Movements. *Sociology Compass*, 4(6), 393-404. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00287.x>
- Flesher Fominaya, Cristina. (2014). *Social Movements and Globalization. How Protests, Occupations, and Uprisings are Changing the World*. Basingstore: Palgrave Macmillan).
- Flesher Fominaya, Cristina. (2015). Debunking Spontaneity: Spain's 15-M/Indignados as Autonomous Movement. *Social Movement Studies*, 14(2), 142-163. <https://doi.org/10.1080/14742837.2014.945075>
- Flesher Fominaya, Cristina. (2018). Collective Identity in Social Movements: Assessing the Limits of a Theoretical Framework. Dans David A. Snow, Sarah A. Soule, Hanspeter Kriesi et Holly J. McCammon (dir.), *The Wiley Blackwell Companion to Social Movements* (1^{re} éd., p. 429-445). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119168577.ch24>
- Fleury, Élisabeth. (2021, 17 septembre). Et si on écoutait enfin les infirmières? *Le Soleil* (Québec). <https://www.lesoleil.com/2021/09/17/et-si-on-ecoutait-enfin-les-infirmieres-8092dae29f5202077ab6ad90ddff4f55>
- Fleury, Élisabeth. (2022, 12 juillet). *Sit-in à l'urgence du CHUL: la direction fait appel au Tribunal administratif du travail*. Le Soleil. <https://www.lesoleil.com/2022/07/13/sit-in-a-lurgence-du-chul-la-direction-fait-appel-au-tribunal-administratif-du-travail-0d522ec8413dcdc7257ccf8b81141e7b>

- Fortier, Marco. (2022, 6 décembre). *Deux présumées lanceuses d'alerte suspendues sans solde*. Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/societe/773500/deux-presumees-lanceuses-d-alerte-suspendues-sans-solde>
- Fougeyrollas-Schwebel, Dominique. (1998). De la réclusion au cloisonnement. Travail domestique et salariat. Dans Hervé Defalvard et Véronique Guienne (dir.), *Le partage du travail. Bilan et perspectives* (p. 157-168). Desclée Brouwer, Sociologie économique.
- Fougeyrollas-Schwebel, Dominique. (2000). Introduction. *Cahiers du genre [La relation de service : regards croisés]*, 28, 5-18.
- Fraser, Nancy. (2004). Justice sociale, redistribution et reconnaissance: *Revue du MAUSS*, 23(1), 152-164. <https://doi.org/10.3917/rdm.023.0152>
- Freeman, Jo. (1973). The Origins of the Women's Liberation Movement. *American Journal of Sociology*, 78(4), 792-811.
- Gagnon, Marilou et Perron, Amélie. (2018). *Nous avons atteint un point de rupture dans le système de santé québécois*. HuffPost Québec. https://quebec.huffingtonpost.ca/marilou-gagnon/nous-avons-atteint-un-point-de-rupture-dans-le-systeme-de-sante-quebecois_a_23351667/
- Galerand, Elsa. (2006). Retour sur la genèse de la Marche mondiale des femmes (1995-2001). Rapports sociaux de sexe et contradictions entre femmes. *Cahiers du Genre*, 40(1), 163-181. <https://doi.org/10.3917/cdge.040.0163>
- Galerand, Elsa. (2007). *Les rapports sociaux de sexe et leur (dé)matérialisation : Retour sur le corpus revendicatif de La marche mondiale des femmes de 2000* [Thèse, Université du Québec à Montréal et Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines].
- Galerand, Elsa et Kergoat, Danièle. (2008). Le potentiel subversif du rapport des femmes au travail. *Nouvelles Questions Féministes*, 27(2), 67-82. <https://doi.org/10.3917/nqf.272.0067>
- Galerand, Elsa et Kergoat, Danièle. (2014). Consubstantialité vs intersectionnalité?: À propos de l'imbrication des rapports sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 44-61. <https://doi.org/10.7202/1029261ar>
- Gamson, Joshua. (1997). Messages of Exclusion: Gender, Movements, and Symbolic Boundaries. *Gender & Society*, 11(2), 178-199. <https://doi.org/10.1177/089124397011002003>
- Gamson, William. (1975). *The Strategy of Social Protest*. Homewood: Dorsey.
- Gamson, William A. et Meyer, David S. (1996). Framing political opportunity. Dans Doug McAdam, John D. McCarthy et Mayer N. Zald (dir.), *Comparative Perspectives on Social Movements* (1^{re} éd., p. 275-290). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511803987.014>
- Geertz, Clifford. (1973). *The interpretation of cultures: selected essays*. Basic Books.

- Geertz, Clifford. (1998). La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture. *Enquête*, (6), 73-105.
- Gervais, Lisa-Marie. (2022, 27 janvier). *Des anges gardiens du Québec s'impatientent*. Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/societe/665463/immigration-des-anges-gardiens-du-quebec-s-impatientent>
- Giasson, Thierry. (2006). Les politiciens maîtrisent-ils leur image ? Analyse des représentations visuelles souhaitées et projetées par les leaders politiques canadiens dans le débat télévisé électoral 2000. *Communication*, 25(1), 46-83. <https://doi.org/10.4000/communication.1633>
- Giugni, Marco. (2008). Welfare States, Political Opportunities, and the Mobilization of the Unemployed: A Cross-National Analysis. *Mobilization: An International Quarterly*, 13(3), 297-310.
- Gleason, Benjamin. (2013). #Occupy Wall Street: Exploring Informal Learning About a Social Movement on Twitter. *American Behavioral Scientist*, 57(7), 966-982. <https://doi.org/10.1177/0002764213479372>
- Goffman, Erving. (1986 [1974]). *Frame analysis : an essay on the organization of experience*. Northeastern University Press.
- Gonin, Audrey. (2018). De l'obligation de moyens à l'obligation de résultat : la querelle de la gestion axée sur les résultats. Dans Josée Grenier et Mélanie Bourque (dir.), *Les services sociaux à l'ère managériale* (p. 197-218). Presses de l'Université Laval.
- Gonin, Audrey, Grenier, Josée et Lapierre, Josée-Anne. (2013). La souffrance éthique au travail : L'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux. *Reflets*, 19(2), 85-110. <https://doi.org/10.7202/1021181ar>
- Goodwin, Jeff et Jasper, James M. (1999). Caught in a Winding, Snarling Vine: The Structural Bias of Political Process Theory. *Sociological Forum*, 14(1), 27-54.
- Goodwin, Jeff, Jasper, James et Polletta, Francesca. (2000). The return of the repressed: The fall and rise of emotions in social movement theory. *Mobilization: An International Quarterly*, 5(1), 65-83.
- Goodwin, Jeff, Jasper, James M. et Polletta, Francesca (dir.). (2001). *Passionate politics: emotions and social movements*. University of Chicago Press.
- Gould, Deborah. (2002). Life during wartime: Emotions and the development of ACT UP. *Mobilization: An international quarterly*, 7(2), 177-200.
- Goulet, Marie-Claude, Hébert, Guillaume et Verbauwhede, Cory. (2014). Système de santé : bien commun ou marchandise ? Quand la gouvernance entrepreneuriale remplace la gestion publique. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, (12).

<https://www.cahiersdusocialisme.org/systeme-de-sante-bien-commun-ou-marchandise-quand-la-gouvernance-entrepreneuriale-remplace-la-gestion-publique/>

Gouvernement du Québec. (2018). *Établissements de santé et de services sociaux - Santé et Services sociaux*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>

Gouvernement du Québec. (2022). *Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique (GMF-A et GMF-R)*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique>

Gouvernement du Québec. (2023a). *Explorer des métiers et des professions. Travailleurs sociaux / travailleuses sociales*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/emploi/metiers-professions/explorer-metiers-professions/4152-travailleurs-sociaux-travailleuses-sociales>

Gouvernement du Québec. (2023b). *Justice sociale*. <https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=7170>

Granovetter, Mark S. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380.

Granovetter, Mark S. (1983). The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited. *Sociological Theory*, 1, 201-233. <https://doi.org/10.2307/202051>

Granovetter, Mark S. (2018 [1995]). *Getting a job: a study of contacts and careers* (2nd edition). University of Chicago Press.

Gratton, Marie-France et O'Donnell, Susan. (2011). Communication technologies for focus groups with remote communities: a case study of research with First Nations in Canada. *Qualitative Research*, 11(2), 159-175. <https://doi.org/10.1177/1468794110394068>

Grenier, Josée et Bourque, Mélanie (dir.). (2018). *Les services sociaux à l'ère managériale*. Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1g248f3>

Grenier, Josée, Bourque, Mélanie et Bourque, Denis. (2019). La déprofessionnalisation du travail social : enjeux et défis. *Les Politiques Sociales*, 1-2, 83-93.

Grenier, Josée, Bourque, Mélanie et St-Amour, Nathalie. (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux*. Université du Québec en Outaouais, campus St-Jérôme.

Grenier, Josée, Bourque, Mélanie et St-Amour, Nathalie. (2016). La souffrance psychique au travail : une affaire de gestion? *Intervention*, (144), 9-20.

Groulx, L.-H. (1996). De la vocation féminine à l'expertise féministe : essai sur l'évolution du service social au Québec (1939-1990). *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 49(3), 357-394. <https://doi.org/10.7202/305447ar>

- Guay, Christiane. (2013). Le travail social raconté par les intervenants innus d'Uashat mak Mani-Utenam. Dans Elizabeth Harper et Henri Dorvil (dir.), *Le travail social : Théories, méthodologies et pratiques* (p. 339-352). Presses de l'université du Québec.
- Guay, Christiane et Ellington, Lisa. (2019). *Les causes de la surreprésentation des enfants autochtones en PJ*. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics.
- Guay, Christiane, Jacques, Emmanuelle et Grammond, Sébastien. (2014). La protection des enfants autochtones: se tourner vers l'expérience américaine pour contrer la surreprésentation. *Revue canadienne de service social*, 31(2), 195-209.
- Guillaumin, Colette. (1992). *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*. Côté-femmes.
- Guillaumin, Colette. (1978a). Pratique du pouvoir et idée de Nature (1) L'appropriation des femmes. *Nouvelles Questions Féministes & Questions Feministes*, 2, 5-30.
- Guillaumin, Colette. (1978b). Pratique du pouvoir et idée de Nature (2) Le discours de la Nature. *Nouvelles Questions Féministes & Questions Feministes*, 3, 5-28.
- Guzzo, Rose-Marie. (2011). Blanches et Noires : Histoire(s) des Américaines au XIXe siècle. *Institut de recherches et d'études féministes Université du Québec à Montréal*, 21-46.
- Hacker, Jacob S. (2004). Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States. *American Political Science Review*, 98(2), 243-260. <https://doi.org/10.1017/S0003055404001121>
- Haicault, Monique. (1984). La gestion ordinaire de la vie en deux. *Sociologie du travail*, 26(3), 268-277. <https://doi.org/10.3406/sotra.1984.2072>
- Haicault, Monique. (2000). *L'expérience sociale du quotidien: corps, espace, temps*. Presses de l'Université d'Ottawa.
- Hamisultane, Sophie. (2020). Personnes descendantes de migrants racisées face aux micro-agressions Silence, résistance et communauté imaginaire d'appartenance. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 163-181. <https://doi.org/10.7202/1076643ar>
- Haraway, Donna. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- Harding, Sandra G. (1987). Introduction: Is There a Feminist Method? Dans Sandra G. Harding (dir.), *Feminism and methodology: social science issues* (p. 1-14). Indiana University Press ; Open University Press.
- Harding, Sandra. (1991). *Whose Science? Whose Knowledge?: Thinking from Women's Lives*. Cornell University Press.

- Harding, Sandra G. (dir.). (2004). *The feminist standpoint theory reader: intellectual and political controversies*. Routledge.
- Harding, Sandra G. (2009). Standpoint Theories: Productively Controversial. *Hypatia*, 24(4), 192-200. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2009.01067.x>
- Harper, Elizabeth et Dorvil, Henri (dir.). (2013). *Le travail social: théories, méthodologies et pratiques*. Presses de l'Université du Québec.
- Harper, Samuel. (2014). La grève des infirmières de 1999 : le traumatisme. *Comité STAT*. <http://www.comitestat.org/2014/09/1999-greve-des-infirmieres-le-traumatisme/>
- Harvey, David. (2010). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.
- Haunss, Sebastian. (2022, 22-26 août). *Micromobilization networks at demonstrations* [Résumé]. European Consortium for Political Research. <https://ecpr.eu/Events/Event/PaperDetails/65937>
- Hazaz, May. (1995). Le travail social : analyse et évolution, débats et enjeux, Lionel-Henri Groulx, Laval, Éditions Agence d'Arc, 1993, 297 pages. *Service social*, 44(1), 156-159. <https://doi.org/10.7202/706686ar>
- Hill Collins, Patricia. (1986). Learning from the Outsider Within: The Sociological Significance of Black Feminist Thought. *Social Problems*, 33(6), S14-S32.
- Hill Collins, Patricia. (2013a). *On intellectual activism*. Temple University Press.
- Hill Collins, Patricia. (2013b). Truth-Telling and Intellectual Activism. *Contexts*, 12(1), 36-41. <https://doi.org/10.1177/1536504213476244>
- Hill, Gus et MacDonald, Judy. (2014). Perspectives autochtones du service social au Canada. *Revue canadienne de service social*, 31(2), 151-154.
- Hine, Darlene Clark. (1989). *Black women in white: racial conflict and cooperation in the nursing profession, 1890-1950*. Collection Blacks in the diaspora. Indiana University Press.
- Hirata, Helena Sumiko et Kergoat, Danièle. (2008). Division sexuelle du travail professionnel et domestique. Brésil, France, Japon. Dans Helena Sumiko Hirata, Maria Rosa Lombardi et Margaret Maruani (dir.), *Travail et genre: regards croisés, France-Europe-Amérique latine* (p. 197-212). Découverte.
- Hirschman, Albert O. (2004 [1970]). *Exit, voice, and loyalty: responses to decline in firms, organizations, and states*. Harvard University Press.
- Hochschild, Arlie Russell. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551-575. <https://doi.org/10.1086/227049>

- Hoffmann, Bert. (2010). Bringing Hirschman Back In: “Exit”, “Voice”, and “Loyalty” in the Politics of Transnational Migration. *The Latin Americanist*, 54(2), 57-73. <https://doi.org/10.1111/j.1557-203X.2010.01067.x>
- Holli, Anne Maria. (2008). Feminist Triangles: a Conceptual Analysis. *Representation*, 44(2), 169-185. <https://doi.org/10.1080/00344890802080407>
- Honneth, Axel. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. Gallimard.
- Horrell, Barbara, Stephens, Christine et Breheny, Mary. (2015). Online Research with Informal Caregivers: Opportunities and Challenges. *Qualitative Research in Psychology*, 12(3), 258-271. <https://doi.org/10.1080/14780887.2015.1040318>
- Hughes, Everett C. (1962). Good People and Dirty Work. *Social Problems*, 10(1), 3-11.
- Hunt, Scott A. et Benford, Robert A. (2004). Collective Identity, Solidarity, and Commitment. Dans David A. Snow, Sarah A. Soule et Hanspeter Kriesi (dir.), *The Blackwell Companion to Social Movements* (p. 433-457). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470999103.ch19>
- Hunt, Scott A. et Benford, Robert D. (1994). Identity Talk in the Peace and Justice Movement. *Journal of Contemporary Ethnography*, 22(4), 488-517.
- Hyers, Lauri L. (2018). *Diary methods. Understanding Qualitative Research*. Oxford University Press.
- Immergut, Ellen M. (1992). *Health politics: interests and institutions in Western Europe*. Cambridge University Press.
- Inglehart, Ronald. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton University Press.
- Jasper, James. (1998). The Emotions of Protest: Affective and Reactive Emotions in and around Social Movements. *Sociological Forum*, 13(3), 397-424.
- Jasper, James. (2014). Emotions, Sociology, and Protest. Dans Christian von Scheve et Mikko Salmella (dir.), *Collective emotions: perspectives from psychology, philosophy, and sociology* (First edition, p. 341-355). Oxford University Press.
- Jasper, James M. (2018). *The emotions of protest*. The University of Chicago Press.
- Jasper, James et Poulsen, Jane. (1995). Recruiting Strangers and Friends: Moral Shocks and Social Networks in Animal Rights and Anti-Nuclear Protests. *Social Problems*, 42(4), 493-512.
- Jenkins, J. Craig. (1983). Resource Mobilization Theory and the Study of Social Movements. *Annual Review of Sociology*, 9, 527-553.
- Jennissen, Therese et Lundy, Colleen. (2013). *Garder la justice sociale dans notre mire : 80 années de développement pour l'ACTS*. Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux.

- Jenson, Jane. (2004). Changing the Paradigm: Family Responsibility or Investing in Children. *The Canadian Journal of Sociology*, 29(2), 169-192. <https://doi.org/10.1353/cjs.2004.0025>
- Jenson, Jane. (2007). The European Union's Citizenship Regime. Creating Norms and Building Practices. *Comparative European Politics*, 5(1), 53-69. <https://doi.org/10.1057/palgrave.cep.6110102>
- Jenson, Jane et Sineau, Mariette. (2001). The Care Dimension in Welfare State Redesign. Dans Jane Jenson et Mariette Sineau (dir.), *Who Cares?* (p. 3-18). University of Toronto Press. <https://doi.org/10.3138/9781442683389-002>
- Jetté, Christian. (2017). Action communautaire, militantisme et lutte pour la reconnaissance : une réalité historique, politique et sociologique. *Reflets*, 23(1), 28-56. <https://doi.org/10.7202/1040748ar>
- Jobert, Bruno. (2004). Une approche dialectique des politiques publiques. L'héritage de l'État en action. *Pôle Sud*, 2(21), 43-54.
- Kabbaj, Rabéa. (2021, 16 octobre). La FIQ veut mettre fin au temps supplémentaire obligatoire. *Le Devoir* (Montréal). <https://www.ledevoir.com/societe/sante/640047/fiq-non-au-temps-supplementaire-obligatoire>
- Katzenstein, Mary F. (1998b). Stepsisters: Feminist Movement Activism in Different Institutional Spaces." In *The Social Movement Society*. Dans David S. Meyer et Sidney G. Tarrow (dir.), *The social movement society: contentious politics for a new century* (p. 195-216). Rowman & Littlefield Publishers.
- Katzenstein, Mary Fainsod. (1998a). *Faithful and fearless: moving feminist protest inside the church and military*. Princeton University Press.
- Katzenstein, Mary F. (2012). Quand la contestation se déploie dans les institutions. *Sociétés contemporaines*, 85(1), 111-131. <https://doi.org/10.3917/soco.085.0111>
- Kenny, Amanda J. (2005). Interaction in cyberspace: an online focus group. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 414-422. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03305.x>
- Kergoat, Danièle. (1995). De la division sexuelle du travail et de ses conséquences sur les conditions de travail. Dans Karen Messing, Barbara Neis et Lucie Dumais (dir.), *Invisible: issues in women's occupational health - la santé des travailleuses* (p. 252-262). Gynergy Books.
- Kergoat, Danièle. (1998). La division du travail entre les sexes. Dans Jacques Kergoat, Josianne Boutet, Henri Jacot et Linhart (dir.), *Le monde du travail* (p. 319-327). La découverte.
- Kergoat, Danièle. (2001). Le syllogisme de la constitution du sujet sexué féminin: Le cas des ouvrières spécialisées. *Travailler*, 2(6), 105-114. Doi 10.3917/trav.006.0105

- Kergoat, Danièle. (2004). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. Dans Helena S. Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré et Danièle Senotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme* (p. 35-44). Presses Universitaire de France.
- Kergoat, Danièle. (2010). Le rapport social de sexe. De la reproduction des rapports sociaux à leur subversion. Dans Annie Bidet-Mordrel (dir.), *Les rapports sociaux de sexe* (p. 60-75). Presses Universitaires de France.
- Kergoat, Danièle, Imbert, Françoise, Le Doaré, Hélène et Sénotier, Danièle. (1992). *Les infirmières et leur coordination*. Lamarre.
- King, Nigel. (2013). Using Templates in the Thematic Analysis of Text. Dans Catherine Cassell et Gillian Symon (dir.), *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research* (p. 256-270). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446280119.n21>
- Klandermans, Bert. (2004). The Demand and Supply of Participation: Social-Psychological Correlates of Participation in Social Movements. Dans David A. Snow, Sarah A. Soule et Hanspeter Kriesi (dir.), *The Blackwell Companion to Social Movements* (p. 360-379). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470999103.ch16>
- Knobel, Michele et Lankshear, Colin. (2006, 30 novembre). *Memes and affinities: Cultural replication and literacy education*. Annual NRC, Miami.
- Koopmans, Ruud, Statham, Paul, Giugni, Marco et Passy, Florence. (2005). *Contested Citizenship: Immigration and Cultural Diversity in Europe* (University of Minnesota Press).
- Kozinets, Robert. (2019). *Netnography: the essential guide to qualitative social media research* (3rd edition). SAGE Publications.
- Kriesi, Hanspeter. (2009). Les mouvements sociaux et le système politique : quelques remarques sur les limites de l'approche du processus politique. *Sociologie et sociétés*, 41(2), 21-38. <https://doi.org/10.7202/039257ar>
- Kriesi, Hanspeter, Koopmans, Ruud, Duyvendak, Jan Willem et Giugni, Marco (dir.). (1995). *New social movements in Western Europe: a comparative analysis*. University of Minnesota Press.
- Kurzman, Charles. (1996). Structural Opportunity and Perceived Opportunity in Social-Movement Theory: The Iranian Revolution of 1979. *American Sociological Review*, 61(1), 153-170. <https://doi.org/10.2307/2096411>
- Kuumba, M. Bahati. (2001). *Gender and social movements*. AltaMira Press.
- Lacoursière, Ariane. (2016). *Des travailleurs lésés, tranche un arbitre*. La Presse+. https://plus.lapresse.ca/screens/ee9fe6f7-2948-49bc-80dc-2478ac788a74|_0.html

- Larivière, Claude. (2018). La loi 10 : une restructuration majeure menée sous l'emprise du ministre Barrette et préparée par la réforme Couillard. Dans Josée Grenier et Mélanie Bourque (dir.), *Les services sociaux à l'ère managériale* (p. 35-58) PUL.
- le Pain, Isabelle, Kirouac, Laurie, Larose-Hébert, Katharine et Namian, Dahlia. (2021). Les intervenants sociaux à l'aune de la nouvelle gestion publique : difficultés émotionnelles, relations professionnelles sous tension et collectifs de travail fragilisés. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 76(3), 519-540. <https://doi.org/10.7202/1083611ar>
- Lévesque, Fanny. (2023, 23 mai). Réforme Dubé: « Il y a un déséquilibre majeur entre la santé et les services sociaux ». *La Presse*, section Santé. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-05-23/reforme-dube/il-y-a-un-desequilibre-majeur-entre-la-sante-et-les-services-sociaux.php>
- Lhuillier, Dominique. (2005). Le « sale boulot ». *Travailler*, 14(2), 73-98. <https://doi.org/10.3917/trav.014.0073>
- Livingstone, Anne-Marie, Meudec, Marie et Harim, Rhita. (2020). Le profilage racial à Montréal, effets des politiques et des pratiques organisationnelles. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 126-144. <https://doi.org/10.7202/1076648ar>
- Lobe, Bojana, Morgan, David et Hoffman, Kim A. (2020). Qualitative Data Collection in an Era of Social Distancing. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1-8. 160940692093787. <https://doi.org/10.1177/1609406920937875>
- Locas, Marie-Chantal. (2014). *Rapport d'analyse du Projet de loi 10*. Regroupement intersectoriel des organismes de Montréal.
- Lyonnais, Marie-Claude. (2022, 17 octobre). *Poursuite : la famille de la fillette de Granby ne veut pas qu'elle soit morte pour rien*. Radio-Canada.ca. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1925321/poursuite-drame-granby-famille-temoignage>
- Maeckelbergh, Marianne. (2011). Doing is Believing: Prefiguration as Strategic Practice in the Alterglobalization Movement. *Social Movement Studies*, 10(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/14742837.2011.545223>
- Mahoney, James et Thelen, Kathleen. (2009). A Theory of Gradual Institutional Change. Dans James Mahoney et Kathleen Thelen (dir.), *Explaining Institutional Change* (p. 1-37). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511806414.003>
- Maisonneuve, Vincent et Lemieux, Nathalie. (2018, 20 février). *La Vérif: plus d'heures supplémentaires des infirmières, plus de risques de décès de patients* [La vérif]. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1084929/verif-infirmiere-ratio-patient-heure-supplementaire-sante-medecin-ministre-sante-barette-fiq-etude-reseau>
- Malinowski, Bronislaw. (1985). *Journal d'ethnologue*. Éditions du Seuil.

- Marleau, Daniel. (2021). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Martin, Patrick. (2015). *Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer l'exercice de la profession infirmière en centre hospitalier : une étude exploratoire auprès d'infirmières québécoises politiquement engagées* [Thèse, Université de Montréal].
- Martin, Patrick, Duval, Karyne et Labelle, Marie-Pier. (2018). Rancière's writings applied to nursing: A radical and emancipatory political theory. *Nursing Philosophy*, 19(1), 1-5. <https://doi.org/10.1111/nup.12202>
- Mathieu, Lilian. (2012). *L'espace des mouvements sociaux*. Éditions du croquant.
- Matthews, John et Cramer, Elizabeth. (2008). Using Technology to Enhance Qualitative Research with Hidden Populations. *The Qualitative Report*, 13(2), 301-315. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2008.1600>
- Mayer, Robert. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Gaetan Morin Éditeur.
- McAdam, Doug. (1999 [1982]). *Political Process and the Development of Black Insurgency, 1930-1970*. (2e éd.). University of Chicago Press.
- McAdam, Doug, Tarrow, Sidney G. et Tilly, Charles. (2001). *Dynamics of contention*. Cambridge University Press.
- McCarthy, John D. et Zald, Mayer N. (1977). Resource mobilization and social movements: A partial theory. *American journal of sociology*, 82(6), 1212-1241.
- Melucci, Alberto. (1978). Société en changement et nouveaux mouvements sociaux. *Sociologie et sociétés*, 10(2), 37-54. <https://doi.org/10.7202/001496ar>
- Melucci, Alberto. (1980). The new social movements: A theoretical approach. *Social Science Information*, 19(2), 199-226. <https://doi.org/10.1177/053901848001900201>
- Melucci, Alberto. (1985). The Symbolic Challenge of Contemporary Movements. *Social Research*, 52(4), 789-816.
- Melucci, Alberto. (1995). The Process of Collective Identity. Dans Bert Klandermans et Hank Johnston (dir.), *Social Movements and Culture* (University of Minnesota Press, p. 41-63).
- Menesson, Christine et Forté, Lucie. (2018). Gender Construction in Sports, Family Habitus and "Gender Regime". *Society Register*, 2(1), 99-112. <https://doi.org/10.14746/sr.2018.2.1.06>
- Messier, François. (2022, 4 janvier). *Congés annulés, horaires modifiés : le personnel de la santé de nouveau sursollicité*. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1851716/vacances-infirmiere-covid-annulation-conventions-collectives>

- Messier, Maude. (2013). La grève des « douces » 50 ans plus tard. *L'aut'journal* (Montréal). <https://lautjournal.info/articles-mensuels/324/la-greve-des-douces-58-50-ans-plus-tard>
- Messing, Karen. (1991). Pour la reconnaissance du caractère pénible des emplois des femmes. *Recherches féministes*, 4(1), 87. <https://doi.org/10.7202/057631ar>
- Messing, Karen. (2016). *Les souffrances invisibles: pour une science du travail à l'écoute des gens*. Écosociété DG diffusion.
- Messing, Karen. (2021). *Bent out of shape: shame, solidarity, and women's body at work*. Between the Lines.
- Messing, Karen et Mergler, Donna. (1993). Unions and women's occupational health in Quebec. Dans Linda Briskin et Patricia McDermott (dir.), *Women challenging unions: feminism, democracy and militancy* (p. 266-283). University of Toronto Press.
- Meyer, David S. (1990). *A Winter of Discontent: The Nuclear Freeze and American Politics*. Praeger.
- Meyer, David S. (2003). Political Opportunity and Nested Institutions. *Social Movement Studies*, 2(1), 17-35. <https://doi.org/10.1080/1474283032000062549>
- Meyer, David S. (2004). Protest and Political Opportunities. *Annual Review of Sociology*, 30(1), 125-145.
- Meyer, David S. et Minkoff, Debra C. (2004). Conceptualizing Political Opportunity. *Social Forces*, 82(4), 1457-1492.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2020). *Pandémie de la COVID-19 - On vous écoute : lancement d'une initiative confidentielle pour permettre aux travailleurs de s'exprimer - Salle de presse - MSSS*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-2114/>
- Molinier, Pascale. (2008). *Les enjeux psychiques du travail: introduction à la psychodynamique du travail* (2^e Édition). Éditions Payot & Rivages.
- Molinier, Pascale. (2011). Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. Dans Patricia Paperman et Sandra Laugier (dir.), *Le souci des autres: éthique et politique du care* (Nouv. ed. augm, p. 339-358). Editions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Molinier, Pascale. (2013). *Le travail du care*. Le dispute.
- Molinier, Pascale. (2016). De la civilisation du travail à la société du care. *Vie sociale*, 14(2), 127-140. <https://doi.org/10.3917/vsoc.162.0127>

- Morgan, Madeleine. (2003). *La colère des douces : la grève des infirmières de l'hôpital Sainte-Justine en 1963 : un momentum des relations de travail dans le secteur hospitalier*. Confédération des syndicats nationaux.
- Moscovitch, Allan. (2015). État-providence. Dans *Encyclopédie Canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/etat-providence>.
- Mots Sociaux. (2019). *Clarification des enjeux*. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. <https://www.otstcfq.org/mots-sociaux/actualites/clarification-des-enjeux/>
- Mucchielli, Alex. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3e éd.). A. Colin.
- Naisby, Jonathan. (2016). *Loi sur la réforme du système de santé et la gouvernance* [Fiche synthèse]. Observatoire des politiques publiques de l'Université de Sherbrooke.
- Nelson, Sioban. (2001). *Say Little, Do Much. Nursing, Nuns, and Hospitals in the Nineteenth Century*. University of Pennsylvania Press.
- Nguyen, My An, Williams-Jones, Bryn et Neila Abtroun, Sihem. (2021, 16 février). *Pour en finir avec le temps supplémentaire obligatoire*. L'actualité. <https://lactualite.com/sante-et-science/pour-en-finir-avec-le-temps-supplementaire-obligatoire/>
- Nowell, Lorelli S., Norris, Jill M., White, Deborah E. et Moules, Nancy J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16, 1-13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Offe, Claus. (1985). New Social Movements: Challenging the Boundaries of Institutional Politics. *Social Research*, 52(4), 817-868. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22261-1_12
- Olds, Ryan. (2018). *Worksheet: Plan Your March on the Boss*. Labor Notes. <https://labornotes.org/blogs/2018/06/worksheet-plan-your-march-boss>
- Ollivier, Michèle et Tremblay, Manon. (2000). Féminisme et épistémologie. Dans *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche* (p. 59-86). Harmattan.
- Onwuegbuzie, Anthony J., Dickinson, Wendy B., Leech, Nancy L. et Zoran, Annmarie G. (2009). A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(3), 1-21. <https://doi.org/10.1177/160940690900800301>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier 2016-2017 du Québec*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Enjeux*. OIIQ. <https://www.oiiq.org/>

- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2021). Données factuelles sur la profession de travailleur social et sur l'Ordre. [Fiche technique]. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. <https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2021/03/Fiche-Donnees-factuelles.pdf>
- Organisation populaire des droits sociaux. (2023). *1974 à 1989 : la taxe de l'eau et les premières années de l'OPDS. Des bouts d'histoire par Aline Gendron*. Organisation populaire des droits sociaux. <https://opdsrm.com/1974-a-1989-la-taxe-de-leau-et-les-premieres-annees-de-lopds/>
- Ossandón, José. (2021). Hirschman's *Exit, Voice, and Loyalty* and contemporary economic sociology. *Journal of Cultural Economy*, 14(4), 498-505. <https://doi.org/10.1080/17530350.2021.1891952>
- Parazelli, Michel. (2015). La disciplinarisation du travail social au Québec. A-t-on besoin de disciples?. *Les cahiers du LARIS*, (1), 25-45.
- Parent, Claudine et St-Jacques, Marie-Christine. (1999). Les deux solitudes du service social: La recherche et la pratique. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 16(1), 65-85.
- Passy, Florence et Giugni, Marco. (2001). Social Networks and Individual Perceptions: Explaining Differential Participation in Social Movements. *Sociological Forum*, 16(1), 123-153.
- Pauzé, Marielle. (2016). Regard sur le social et la souffrance psychique : réflexion sur les enjeux actuels auxquels font face les travailleurs sociaux oeuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. *Intervention*, 144, 21-27.
- AjoPease, Bob. (2011). Men in Social Work: Challenging or Reproducing an Unequal Gender Regime? *Affilia*, 26(4), 406-418. <https://doi.org/10.1177/0886109911428207>
- Péchu, Cécile. (2020). Répertoire d'action : Dans Olivier Fillieule (dir.), *Dictionnaire des mouvements sociaux* (2e édition, p. 495-502). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.filli.2020.01.0495>
- Peng, Ito. (2018a). Culture, institution and diverse approaches to care and care work in East Asia. *Current Sociology*, 66(4), 643-659. <https://doi.org/10.1177/0011392118765211>
- Peng, Ito. (2018b). Shaping and Reshaping Care and Migration in East and Southeast Asia. *Critical Sociology*, 44(7-8), 1117-1132. <https://doi.org/10.1177/0896920518758878>
- Perron, Amélie. (2013). Nursing as 'disobedient' practice: care of the nurse's self, parrhesia, and the dismantling of a baseless paradox. *Nursing Philosophy*, 14(3), 154-167. <https://doi.org/10.1111/nup.12015>
- Perron, Amélie, Dufour, Caroline, Marcogliese, Emily et Gagnon, Marilou. (2020). La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19: une analyse de contenu de

la plate-forme « Je dénonce ». *Aporia*, 12(1), 76-90.
<https://doi.org/10.18192/aporia.v12i1.4840>

- Pichard, Vincent. (2022, 4 juin). Des démissions d’infirmières à répétition qui pèsent lourd sur le réseau de la santé. *Radio-Canada.ca*, section Santé. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1888632/depart-infirmieres-reseau-agences-placement-demissions-epuisement>
- Pierre, Myrlande. (2005). Les facteurs d’exclusion faisant obstacle à l’intégration socioéconomique de certains groupes de femmes immigrées au Québec: Un état des lieux. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(2), 75-94. <https://doi.org/10.7202/011227ar>
- Pierson, Paul. (2000). The Limits of Design: Explaining Institutional Origins and Change. *Governance : An International Journal of Policy and Administration*, 13(4), 475-499. <https://doi.org/10.1111/0952-1895.00142>
- Pink, Sarah, Horst, Heather A., Postill, John, Hjorth, Larissa, Lewis, Tania et Tacchi, Jo (dir.). (2016). *Digital ethnography: principles and practice*. SAGE.
- Pires, Alvaro P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. La recherche qualitative. Dans Jean Poupart, Jean-Pierre Deslauriers, Lionel-H. Groulx, Anne Laperrière, Mayer et Alvaro Pires (dir.) *Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Piron, Florence. (2003). La production politique de l’indifférence dans le Nouveau management public. *Anthropologie et Sociétés*, 27(3), 47-71. <https://doi.org/10.7202/007924ar>
- Piven, Frances Fox et Cloward, Richard A. (1991). Collective Protest: A Critique of Resource Mobilization Theory. *International Journal of Politics, Culture, and Society*, 4(4), 435-458.
- Plourde, Anne. (2017). CLSC ou GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources. *Institut de recherche et d’informations socioéconomiques*, 1-16.
- Plourde, Anne. (2021). *Le capitalisme, c’est mauvais pour la santé: une histoire critique des CLSC et du système sociosanitaire québécois*. Éditions Écosociété.
- Plourde, Anne et Lavoie-Moore, Myriam. (2023). *Réforme Dubé ou comment aller plus loin dans la mauvaise direction*. Institut de recherche et d’informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/reforme-dube-mauvaise-direction/>
- Polletta, Francesca. (1999a). « “Free Spaces” » in collective action. *Theory and Society*, 28(1), 1-38.
- Polletta, Francesca. (1999b). Snarls, Quacks, and Quarrels: Culture and Structure in Political Process Theory. *Sociological Forum*, 14(1), 63-70.
- Polletta, Francesca. (2002). *Freedom is an endless meeting: democracy in American social movements*. University of Chicago Press.

- Polletta, Francesca et Jasper, James M. (2001). Collective Identity and Social Movements. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 283-305. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.283>
- Prud'homme, Julien. (2008). L'expertise professionnelle et l'État-providence: Les travailleurs sociaux québécois et la « technocratisation » du service social, 1970-2000. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 62(1), 95-109. <https://doi.org/10.7202/029666ar>
- Rachédi, Liliane et Vatz-Laaroussi, Michèle. (2004). Favoriser la résilience des familles immigrantes par l'empowerment et l'accompagnement. *Revue Intervention*, 120, 6-15.
- Racine, Guylaine. (2000). La construction de savoirs d'expérience chez des intervenantes d'organismes communautaires pour femmes sans-abri : un processus participatif, collectif et non planifié. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 69-84. <https://doi.org/10.7202/000006ar>
- Radio-Canada. (2017, 23 avril). *La Cour supérieure tranche contre une méthode de type Lean dans un CIUSSS de Montréal*. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1029702/cour-superieure-methode-lean-ciuss-s-preposes-chsld>
- Radio-Canada. (2019, 22 juin). *Une manifestation pour dénoncer la dégradation des services sociaux au Québec*. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1196154/montreal-manifestation-dpj-services-sociaux>
- Radio-Canada. (2021, 24 septembre). *L'argent n'est pas le nœud du problème, soulignent des infirmières*. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1826740/prime-penurie-infirmieres-conditions-heures-supplementaires-obligatoires>
- Radio-Canada. (2020a, 31 mars). *Zoom épinglée pour le manque de sécurité et de confidentialité de sa plateforme*. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1690078/zoom-video-conference-piratage-donnees-racisme-pornographie>
- Radio-Canada. (2020b, 2 avril). *Zoom se donne 90 jours pour régler ses problèmes de sécurité*. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1690487/zoom-faille-problemes-securite-confidentialite>
- Radio-Canada.ca. (2020c, 21 mars). *Québec suspend en partie l'application des conventions collectives dans la santé*. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1680601/quebec-suspension-convention-collective-sante-coronavirus>
- Rédaction Laval. (2020, 2 mai). *La CSQ dénonce une « omerta » au CISSS de Laval*. *Courrier Laval*. <https://courrierlaval.com/la-csq-denonce-une-omerta-au-ciuss-de-laval/>
- Reger, Jo. (2021). *Gender and social movements*. Polity Press.
- Revillard, Anne. (2003). La sociologie des mouvements sociaux: structures de mobilisations, opportunités politiques et processus de cadrage. *HAL*.

- Revillard, Anne. (2006). *Féminisme d'Etat : constructions de l'objet*. Document de travail.
- Revillard, Anne. (2016). *La cause des femmes dans l'État: une comparaison France-Québec*. Presses universitaires de Grenoble.
- Rivaz, Mozghan, Shokrollahi, Paymaneh et Ebadi, Abbas. (2019). Online focus group discussions: An attractive approach to data collection for qualitative health research. *Journal of Nursing Practice Today*, 6(1), 1-3. <https://doi.org/10.18502/npt.v6i1.386>
- Roberts, Kate, Dowell, Anthony et Nie, Jing-Bao. (2019). Attempting rigour and replicability in thematic analysis of qualitative research data; a case study of codebook development. *BMC Medical Research Methodology*, 19(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0707-y>
- Rossignol, Claudia. (2017). *Organisation du travail et temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières dans le secteur de la santé au Québec : comparaison de deux centres hospitaliers* [Mémoire, Université de Montréal].
- Rothier Bautzer, Éliane. (2013). *Le care négligé: les professions de santé face au malade chronique*. De Boeck-Estem.
- Rothier Bautzer, Éliane. (2014). Care et profession infirmière. *Recherche & formation*, (76), 93-106. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2252>
- Rousseau, Jacques. (1978). L'implantation de la profession de travailleur social. *Recherches sociographiques*, 19(2), 171-189. <https://doi.org/10.7202/055787ar>
- Rudnicka-Lavoie, Danielle. (2020). *Doing gender on the 'gram : feminist counterpublics in internet meme culture* [Thèse, Université du Québec à Montréal].
- Saint-Arnaud, Jocelyne. (2022, 4 avril). Temps supplémentaire obligatoire des infirmières: Des conditions de travail légalement et éthiquement inacceptables. *La Presse* (Montréal), section Opinions. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2022-04-04/temps-supplementaire-obligatoire-des-infirmieres/des-conditions-de-travail-legalement-et-ethiquement-inacceptables.php>
- Savoie-Zajc, Lorraine. (2009). Journal de bord. Dans Alex Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3e éd. p. 126-130). A. Colin.
- Schön, Donald A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Basic Books.
- Schué, Romain. (2021, 17 septembre). *Moins de 3000 anges gardiens régularisés au Québec*. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1825056/anges-gardiens-asile-covid-immigration-regularisation-pandemie-chsld>
- Scott, Allan. (1990). *Ideology and the New Social Movements*. Routledge.

- Scott, James C. (2019 [1990]). *La domination et les arts de la résistance, Fragments du discours subalterne*. Éditions Amsterdam.
- Sears, Alan. (1999). The “Lean” State and Capitalist Restructuring: Towards a Theoretical Account. *Studies in Political Economy*, 59(1), 91-114. <https://doi.org/10.1080/19187033.1999.11675268>
- Shannon, Valerie et French, Susan. (2005). The impact of the re-engineered world of health-care in Canada on nursing and patient outcomes. *Nursing Inquiry*, 12(3), 231-239. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00272.x>
- Sinha, Vandma, Trocmé, Nico, Fallon, Barbara, MacLaurin, Bruce, Fast, Elizabeth et Thomas Prokop, Shelley. (2011). *Kiskisik Awasisak: Remember the Children. Understanding the Overrepresentation of First Nations Children in the Child Welfare System*. Assembly of First Nations.
- Slaughter, Jane (dir.). (2005). *A troublemaker’s handbook 2: how to fight back where you work--and win!* Labor Notes.
- Smith, Catherine. (2020, 15 juin). *Je suis fière d’être infirmière, et non un ange*. Infirmière canadienne. <https://community.cna-aiic.ca/dev-cn-french/blogs/ic-contenu/2020/06/15/je-suis-fiere-detre-infirmiere-et-non-un-ange>
- Snow, David.A. (2001). Collective Identity and Expressive Forms. Dans *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (p. 2212-2219). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/04094-8>
- Snow, David A. (2004). Social Movement as Challenges to Authority : Resistance to an Emerging Conceptual Hegemony. Dans Daniel Meyer et Daniel Cress (dir.), *Authority in Contention (Research in Social Movements, Conflicts and Change* (vol. 25, p. 3-25). Emerald (MCB UP). [https://doi.org/10.1016/S0163-786X\(04\)25001-7](https://doi.org/10.1016/S0163-786X(04)25001-7)
- Snow, David A., Rochford, E. Burke, Worden, Steven K. et Benford, Robert D. (1986). Frame Alignment Processes, Micromobilization, and Movement Participation. *American Sociological Review*, 51(4), 464-481. <https://doi.org/10.2307/2095581>
- Snow, David A., Vliegthart, Rens et Ketelaars, Pauline. (2019). The Framing Perspective on Social Movements: Its Conceptual Roots and Architecture. Dans David A. Snow, Sarah A. Soule, Hanspeter Kriesi et Holly J. McCammon (dir.), *The Wiley Blackwell Companion to Social Movements* (2^e éd., p. 392-410). The Wiley Blackwell Companion to Social Movements. <https://doi.org/10.1002/9781119168577.ch22>
- Snow, David A., Zurcher, Louis A. et Eklund-Olson, Sheldon. (1980). Social Networks and Social Movements: A Microstructural Approach to Differential Recruitment. *American Sociological Review*, 45(5), 787-801. <https://doi.org/10.2307/2094895>

- Snow, David et Trom, Danny. (2002). The Case Study and the Study of Social Movements. Dans Bert Klandermans et Suzanne Staggenborg (dir.), *Methods of Social Movement Research* (p. 146-172). University of Minnesota Press.
- Staggenborg, Suzanne. (1991). *The pro-choice movement: organization and activism in the abortion conflict*. Oxford University Press.
- Staggenborg, Suzanne. (1998). Social Movement Communities and Cycles of Protest: The Emergence and Maintenance of a Local Women's Movement. *Social Problems*, 45(2), 180-204. <https://doi.org/10.2307/3097243>
- Staggenborg, Suzanne. (2012). *Social movements* (2nd ed). Oxford University Press.
- Staggenborg, Suzanne. (2020). *Grassroots Environmentalism* (1^{re} éd.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108777872>
- Staggenborg, Suzanne et Taylor, Verta. (2005). Whatever Happened to the Women's Movement? *Mobilization: An International Quarterly*, 10(1), 37-52.
- Stake-Doucet, Natalie. (2020). La dame raciste à la lanterne. *Ouvrage*. <http://www.revue-ouvrage.org/dame-raciste-lanterne/>
- Stake-Doucet, Natalie. (2021a). *Ethnographie institutionnelle du travail des infirmières soignantes en milieu hospitalier* [Thèse, Université de Montréal].
- Stake-Doucet, Natalie. (2021b, 19 octobre). TSO : ce n'est pas une obligation déontologique. *La Presse*, section DÉBATS. https://plus.lapresse.ca/screens/ab2534fb-6a64-4e97-92e5-be5de0d3c123|_0.html
- Statistique Canada. (2022). *Variables - par sujet*. <https://www.statcan.gc.ca/fr/concepts/definitions/index>
- Stewart, David W. et Shamdasani, Prem. (2017). Online Focus Groups. *Journal of Advertising*, 46(1), 48-60. <https://doi.org/10.1080/00913367.2016.1252288>
- Stote, Karen. (2015). *An act of genocide: colonialism and the sterilization of Aboriginal women*. Fernwood Publishing.
- Streeck, Wolfgang. (2018). *Du temps acheté: la crise sans cesse ajournée du capitalisme démocratique*. Gallimard.
- Stryker, Sheldon. (1968). Identity Saliency and Role Performance: The Relevance of Symbolic Interaction Theory for Family Research. *Journal of Marriage and the Family*, 30(4), 558-564. <https://doi.org/10.2307/349494>
- Stryker, Sheldon. (1980). *Symbolic Interactionism: A Social Structural*. Benjamin/ Cummings.

- Suárez, Fátima. (2019). Identifying with Inclusivity: Intersectional Chicana Feminisms. Dans Jo Reger (dir.), *Nevertheless they persisted: feminisms and continued resistance in the U.S. women's movement* (1 Edition, p. 25-42). Routledge.
- Tabet, Paola. (1998). *La construction sociale de l'inégalité des sexes: des outils et des corps*. L'Harmattan.
- Tarrow, Sidney. (1993). Cycles of collective action: between moments of madness and the repertoire of contention. *Social Science History*, 17(2), 281–307. <https://doi.org/10.1017/S0145553200016850>
- Tarrow, Sidney. (1998). *Power in movement: social movements and contentious politics*. Cambridge University Press.
- Taylor, Verta. (1989). Social Movement Continuity: The Women's Movement in Abeyance. *American Sociological Review*, 54(5), 761-775. <https://doi.org/10.2307/2117752>
- Taylor, Verta. (1999). Gender and Social Movements: Gender Processes in Women's Self-Help Movements. *Gender and Society*, 13(1), 8-33.
- Taylor, Verta. (2000). Emotions and identity in women's self-help movements. Dans S. Stryker, T. J. Owens, & R. W. White (Eds.), *Self, identity, and social movements* (p. 271-299). University of Minnesota Press.
- Taylor, Verta et Leitz, Lisa A. (2010). From Infanticide to Activism: The Transformation of Emotions and Identity in Self-Help Movements. Dans Jane C. Banaszak-Holl, Sandra R. Levitsky, and Mayer N. Zald (dir.) *Social Movements and the Transformation of American Health Care* (p. 266-284). Oxford: Oxford University Press
- Taylor, Verta et Whittier, Nancy. (1992). Collective identity in social movement communities. Dans Aldon D. Morris et Carol McClurg Mueller (dir.), *Frontiers in social movement theory* (p. 104-130). Yale University Press.
- Thelen, Kathleen Ann. (2004). *How institutions evolve : the political economy of skills in Germany, Britain, the United States, and Japan*. Cambridge University Press.
- Tilly, Charles. (1978). *From mobilization to revolution*. Random House.
- Tilly, Charles. (1995). Contentious Repertoires in Great Britain, 1758-1834. Dans Mark Traugott (dir.), *Repertoires and cycles of collective action* (p. 15-42). Duke University Press.
- Tilly, Charles. (2004). Social Boundary Mechanisms. *Philosophy of the Social Sciences*, 34(2), 211-236. <https://doi.org/10.1177/0048393103262551>
- Touraine, Alain. (1973). *La production de la société* (Paris : Éditions du Seuil).
- Touré, El Hadj. (2010). Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité. *Recherches qualitatives*, 29(1), 5-27.

- Trat, Josette. (2006). La responsable féministe, la «mauvaise tête» dans les organisations mixtes. Notes de recherche. *Cahiers Du Genre*, 1(3), 143-143. <https://doi.org/10.3917/cdge.hs01.0143>
- Tremblay, Alexis. (2021, 22 août). *Le sit-in des infirmières à l'Hôpital de Granby déclaré illégal*. Radio-Canada. [Radio-Canada.ca. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1818498/infirmieres-hopital-estrie-manifestation](https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1818498/infirmieres-hopital-estrie-manifestation)
- Tremblay, Diane-Gabrielle. (2014). *Infirmière: vocation, engagement et parcours de vie*. Éditions du Remue-ménage.
- Tremblay, Mireille, Maranda, Marc-André, Lamarche, Paul, Joubert, Pierre, De Koninck, Maria, Benoit, Jacques, Hébert, Alain, Marchand, Chantal, Patsias, Caroline, Ma, Amy, Racette, Benoit, Martin, Nadine, Laurence, Pierre, Robert, François et Cantin, Michel. (2017). Qui profite de la réforme de la santé ? Bilan et perspectives citoyennes. *Institut santé et société - Université du Québec à Montréal*, 31.
- Tronto, Joan C. (2015). *Un monde vulnérable: pour une politique du care*. La Découverte.
- Tuckett, Anthony G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: A researcher's experience. *Contemporary Nurse*, 19(1-2), 75-87. <https://doi.org/10.5172/conu.19.1-2.75>
- Turcotte, Emmanuelle. (2016). Les méthodes mixtes dans la recherche féministe : enjeux, contraintes et potentialités politiques. *Recherches féministes*, 29(1), 111-128. <https://doi.org/10.7202/1036672ar>
- Turgeon, Jean, Jacob, Robert et Denis, Jean-Louis. (2011). Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). *Les Tribunes de la santé*, 30(1), 57-85. <https://doi.org/10.3917/seve.030.0057>
- Tuttas, Carol A. (2015). Lessons Learned Using Web Conference Technology for Online Focus Group Interviews. *Qualitative Health Research*, 25(1), 122-133. <https://doi.org/10.1177/1049732314549602>
- Valéau, Patrick et Gardody, Jérôme. (2016). La communication du journal de bord : un complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité des recherches qualitatives. *Recherches qualitatives*, 35(1), 76-100. <https://doi.org/10.7202/1084497ar>
- Van Dyke, Nella et Cress, Ronda. (2006). Political Opportunities and Collective Identity in Ohio's Gay and Lesbian Movement, 1970 to 2000. *Sociological Perspectives*, 49(4), 503-526. <https://doi.org/10.1525/sop.2006.49.4.503>
- Van Dyke, Nella et Soule, Sarah A. (2002). Structural Social Change and the Mobilizing Effect of Threat: Explaining Levels of Patriot and Militia Organizing in the United States. *Social Problems*, 49(4), 497-520. <https://doi.org/10.1525/sp.2002.49.4.497>
- Van Horn, Rob et Mirowski, Philip. (2015). The Rise of the Chicago School of Economics and the Birth of Neoliberalism. Dans Philip Mirowski et Dieter Plehwe (dir.), *The Road from Mont*

- Pèlerin. The Making of the Neoliberal Thought Collective* (p. 139-178). Harvard University Press.
- Van Ness, Justin et Summers-Effler, Erika. (2018). Emotions in Social Movements. Dans David A. Snow, Sarah A. Soule, Hanspeter Kriesi et Holly J. McCammon (dir.), *The Wiley Blackwell Companion to Social Movements* (1^{re} éd., p. 411-428). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119168577.ch23>
- Vatz-Laaroussi, Michèle. (2013). L'approche interculturelle. Dans Elizabeth Harper et Henri Dorvil (dir.), *Le travail social : Théories, méthodologies et pratiques* (p. 293-312). Presses de l'Université du Québec.
- Viens, Jacques. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics: écoute, réconciliation et progrès: rapport synthèse*. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics.
- Walker, Edward T., Martin, Andrew W. et McCarthy, John D. (2008). Confronting the State, the Corporation, and the Academy: The Influence of Institutional Targets on Social Movement Repertoires¹. *American Journal of Sociology*, 114(1), 35-76.
- White, Marianne. (2022, 6 août). *10 «anges gardiens» qui font une différence*. Le Journal de Québec. <https://www.journaldequebec.com/2022/08/06/10-anges-gardiens-qui-font-une-difference>
- Whitford, Aandrew. B. et Lee, Soo-Young (2014). Exit, Voice, and Loyalty with Multiple Exit Options: Evidence from the US Federal Workforce. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25(2), 373-398. <https://doi.org/10.1093/jopart/muu004>
- Whittier, Nancy. (1995). *Feminist generations: the persistence of the radical women's movement*. Temple University Press.
- Wilkinson, Sue. (1998). Focus group methodology: a review. *International Journal of Social Research Methodology*, 1(3), 181-203. <https://doi.org/10.1080/13645579.1998.10846874>
- Williams, Christine. (1991). Case studies and the sociology of gender. Dans Joe R. Feagin, Anthony M. Orum et Gideon Sjoberg (dir.), *A Case for the case study* (p. 224-243). University of North Carolina Press.