

Réflexion sur la pratique infirmière avancée en soins communautaires dans le contexte de vulnérabilité

Hélène Laperrière, inf., M.Sc. inf.^a

^a Chaire Approches communautaires et inégalités de santé,
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Cet article présente une réflexion critique sur les enjeux de la pratique infirmière avancée (PIA) en soins communautaires, notamment auprès de populations vivant dans un contexte de vulnérabilité sociale. Le travail révisé l'usage galvaudé des concepts de vulnérabilité, de participation, d'autonomie et d'empowerment dans les discours en soins communautaires. Il explore le potentiel des fonctions professionnelles : (1) être un médiateur entre les niveaux locaux, régionaux et nationaux (communauté - réseau de santé et université); (2) éduquer à voir et à agir ensemble dans la précarité et l'insécurité; (3) développer la PIA par la médiation théorique-pratique de la recherche dans l'action; (4) concrétiser l'éthique professionnelle en un compromis d'action sociale. L'auteur conclut avec l'affirmation que l'autonomie de l'infirmière peut se développer par une prise de conscience de ses choix personnels, de ses valeurs, de ses engagements, bref, de son « pourquoi agir » qui accompagne son « comment agir » en société.

Mots-clés : empowerment, participation, pratique infirmière avancée, vulnérabilité sociale, autonomie, soins communautaires, réflexion.

Plusieurs années de pratique infirmière en santé communautaire, dont six dans les « invasões »ⁱ et quartiers populaires des régions éloignées de l'Amazonie brésilienne, ont amené l'auteure à côtoyer des groupes et des collectifs marginalisés des services de santé. Que ce soit par le soin des personnes atteintes de la lèpre ou du VIH/Sida, la prévention des maladies transmissibles sexuellement chez les travailleuses du sexe au Brésil ou la promotion de la santé chez des enfants de familles multiethniques en lien avec un centre-jeunesse au Québec, sa pratique soignante a évolué dans des conditions d'incertitude, d'insécurité et de violence institutionnelle. La proximité à la communauté suscite l'engagement solidaire dans des actions sociopolitiques avec des organisations de la société civile (groupes communautaires, associations, collectifs de lutte contre le sida ou la pauvreté, etc.).

Dans ces conditions, la défense des soins auprès de ces populations devient souvent un acte politique. Le « savoir soigner » (Demo, 2001) implique ici l'élargissement du rôle technique d'assistance clinique, de prévention et de promotion de la santé - qui est une réalité importante de la vie soignante - en y incorporant un regard critique face à la réalité sociopolitique et socioéconomique de la pratique des soins communautaires. Ces expériences ont souligné la pertinence d'une meilleure compréhension du rôle social et politique joué par l'infirmière en soins communautaires et en santé publique.

ⁱ «Invasões» désigne parfois des quartiers situés sur des terrains occupés illégalement, le plus souvent insalubres, ou des maisons sur pilotis bâties au-dessus des courants d'eaux en bordure de la ville.

Correspondance : Hélène Laperrière, inf., M.Sc., étudiante au doctorat en santé publique. Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS), Département de Médecine sociale et préventive, C.P. 6128, succ. Centre-Ville, Université de Montréal, Montréal (Québec) H3C 3J7. Tél. : (514) 735-5230. Courriel : helene.laperriere@umontreal.ca

Six années de pratiques communautaires en Amazonie brésilienne m'ont sensibilisée à l'éducation populaire brésilienne et à la concrétisation d'initiatives de soins dans un contexte d'imprévisibilité sociopolitique. Boursière de l'O.I.I.Q. et de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour mes études à la maîtrise, j'ai opté pour le défi d'une recherche-action participative auprès de travailleuses du sexe dans cette région éloignée. Les différents apprentissages expérientiels de la pratique et de la recherche auprès de collectivités en contexte de vulnérabilité sociale orientent une conception « versatile » de la pratique infirmière avancée en soins communautaires. Financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, mon projet de recherche doctorale en santé publique vise une meilleure compréhension de la contribution particulière des groupes communautaires et du rôle de l'infirmière dans l'évaluation des apprentissages générés collectivement dans la prévention du sida au Québec.

Quelles pratiques doivent développer les sciences infirmières en santé communautaire pour répondre aux besoins réels des populations en contexte de vulnérabilité et favoriser leur réelle autonomisation?

La tentative de réponse est triple. Premièrement, un regard critique est jeté sur l'ambiguïté des concepts de vulnérabilité, de participation, d'empowerment et d'autonomie largement utilisés en santé communautaire. Les définitions influencent les plans d'action gouvernementaux ou des documents d'orientation des interventions sociosanitaires et, par le fait même, les pratiques infirmières au sein de ces programmations. L'autonomie professionnelle présume une capacité d'analyse critique pour mieux questionner au préalable les concepts influençant ses pratiques de soins communautaires. Par exemple, la définition conceptuelle du terme « vulnérabilité » varie selon les années, les auteurs et les programmes de santé publique, voire les régions (voir notamment Santé Canada, 1997; Godin, Lévy & Trottier; Delor & Hubert, 2000; Gendron, 2002; Santé et services sociaux Québec, 2002; Holmes & Perron, 2006). Sans prétendre à une recension complète des écrits, une invitation est lancée à considérer l'importance de leur influence conceptuelle dans la manière de pratiquer localement les soins communautaires (comme défi actuel des pratiques infirmières en santé publique) ...

Deuxièmement, le développement de la fonction de la pratique infirmière avancée (PIA) est présenté comme moteur d'évolution des pratiques infirmières dans leur contexte socioculturel et sociopolitique. Le personnel infirmier soigne différentes personnes considérées vulnérables parce qu'elles vivent dans des situations d'extrême pauvreté, sans domicile fixe, incarcérées, immigrantes, autochtones, etc. (Holmes & Perron, 2006). La pratique auprès de ces personnes en situation de précarité exige le développement de soins communautaires complexes, d'innovations sociosanitaires et de nouvelles approches collectives en lien avec une variété d'acteurs du milieu communautaire. Les pratiques doivent donc continuellement s'ajuster pour rencontrer les besoins des populations vivant en contexte de vulnérabilité. Ces ajustements sont optimisés par un savoir infirmier réflexif, critique et autonome suggérant un niveau avancé de pratique. Au Canada, la pratique infirmière avancée désigne une « infirmière clinicienne spécialisée » qui joue les rôles de praticienne, enseignante, conseillère, chercheuse et leader (Ouellet, 2004). Dans cette perspective, l'article propose ici quelques pistes d'action en explorant les dimensions de médiation, d'éducation, de pratique, de recherche et d'éthique

d'une pratique infirmière avancée (PIA) en soins communautaires.

Enfin, dans un troisième temps, il anticipe quelques défis dans une perspective de soins communautaires. Dans une dialectique entre la littérature et le savoir expérientiel, cet article expose une réflexion critique sur les possibilités concrètes de cette perspective et suggère quelques pistes pour légitimer une pratique infirmière autonome.

Le questionnement de l'influence des concepts sur la pratique locale

Cette partie invite à un questionnement sur l'orientation des concepts fréquemment utilisés en promotion de la santé et l'influence de leur conceptualisation dans la pratique locale des soins communautaires auprès de groupes ou collectivités. Elle questionne l'usage des concepts de la vulnérabilité, de la participation, de l'empowerment et de l'autonomie.

La variabilité du concept de vulnérabilité : personne vulnérable ou contexte de vulnérabilité?

Les termes « vulnérabilité » ou « populations vulnérables » se rencontrent fréquemment dans la littérature en santé publique. Le Programme national de santé publique 2003-2012 (Santé et services sociaux Québec, 2002) vise les groupes vulnérables définis comme des « groupes qui, en raison de leurs caractéristiques, ont une probabilité plus élevée de présenter un problème psychosocial ou de santé ». Plusieurs études montrent cependant que les principales limites des programmes de prévention sont liées au fait qu'ils ont surtout ciblé le changement d'attitudes et de comportements individuels à risque chez les personnes vulnérables, alors que les conditions sociales peuvent avoir également des effets déterminants sur l'exposition au risque d'infection. La perspective philosophique du concept de vulnérabilité « met en évidence l'importance de l'équilibre des normes, de la clarification des enjeux liés au langage et de l'éthique de l'intervention » (Godin, Lévy & Trottier, 2002, 2).

Pour Delor & Hubert (2000), l'étude de la vulnérabilité d'une population doit focaliser sur l'examen rigoureux des situations sociales dans lesquelles celle-ci naît et se développe, entre autres, par l'analyse de différents niveaux comme les conditions de vie des individus, susceptibles d'inhiber ou de favoriser la prise de risque, les trajectoires et les interactions sociales, mais aussi le contexte social. Ils considèrent que l'exposition au risque ne relève pas de comportements choisis rationnellement et de caractéristiques individuelles, mais plutôt de la combinaison de deux grands

éléments, soit un contexte à risque ou à haut risque et une tendance à avoir des pratiques à risque.

La trajectoire sociale est marquée par l'origine de la personne, ses expériences successives de pertes d'emploi, d'expériences de précarité sociale et de désaffiliation sociale. Les interactions sociales et les rapports sociaux sont représentés par les réseaux de pairs et les relations entre eux dans un groupe, comme les usagers de drogue injectable. Le contexte social dans lequel ont lieu les interactions pourrait être notamment la vie collective des piqueries, des bars, des parcs, des quartiers ainsi que les normes face aux comportements des travailleuses du sexe. Par exemple, les usagers de drogues injectables (UDI) « qui vivent une situation de désaffiliation sociale (rupture de liens sociaux significatifs) sont plus susceptibles de « partir sur la go » que ceux dont les réseaux de soutien sont stables et bien structurés », ce qui minimise le risque d'infection par le VIH (Laperrière et al. 2004). Il existerait donc des « espaces de vulnérabilisation », comme celui de la précarité sociale, ayant un impact sur les choix de comportements quotidiens.

Ce nouvel éclairage sur le concept de vulnérabilité préconise des pratiques de soins communautaires plus efficaces si elles ciblent les conditions sociales produisant la vulnérabilité au risque d'infection et non seulement les attitudes et les comportements individuels. L'exemple de la vulnérabilité au VIH de prostituées de rue suggère plusieurs dimensions caractérisant cette vulnérabilité sociale comme la toxicomanie et le besoin d'amour mais également le milieu de travail (non-sécuritaires, déplacements fréquents, compétition), la société (identité dévalorisée, non-reconnaissance des droits à la santé) et le contexte légal, environnemental et socio-économique (Gendron, 2002, 37). La prévention et les interventions doivent donc tenir compte des conditions de vie qui augmentent les risques d'infection et de maladie chez les personnes particulièrement vulnérables.

La manière de concevoir le concept de vulnérabilité permet à l'intervenant de mieux cibler son intervention, qu'elle soit orientée vers des personnes et des groupes vulnérables et/ou vers les conditions de leur vulnérabilité. La notion de contexte de vulnérabilité suppose qu'on s'interroge sur les conditions de vie et non seulement sur les comportements à risque d'un groupe ou d'une collectivité. Face à cette variabilité des définitions conceptuelles reliées à la vulnérabilité, les pratiques de soins communautaires doivent mobiliser d'autres interrogations dans le processus de prise de décision des interventions. Quelles institutions posent le jugement de vulnérabilité dans les projets et les programmes

sociosanitaires? S'agit-il des mêmes institutions qui attribuent le jugement d'appartenance à une population à risque? Le risque d'infection est-il le seul effet attribuable aux conditions sociales sur lequel l'infirmière doit agir? Est-ce que le collectif considéré comme étant vulnérable se définit lui-même comme tel?

Les ambiguïtés pratiques des concepts de participation, d'empowerment et d'autonomie

Face aux groupes vulnérables, Holmes & Perron (2006) proposent au personnel infirmier des actions visant la justice sociale. Notamment, ils invitent à des valeurs d'empowerment et de défenses des droits (advocacy) en vue de centrer le regard des soins vers les besoins de populations vulnérables souvent stigmatisées et marginalisées. Ces valeurs font également partie de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) dans laquelle la promotion de la santé passe par le renforcement des actions communautaires et le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé ». L'intention est louable mais l'ambiguïté des concepts de participation, d'empowerment et d'autonomie rend difficile leur mise en application sans créer des tensions au niveau local. Comme l'exprime l'Association des Infirmiers et Infirmières du Canada, le « militantisme infirmier » pour la justice sociale peut être frustrant, car « parfois les décideurs ont beaucoup investi dans le maintien du statu quo » (AIIIC, 2000).

Daudelin et Vissandjée (1998, 2) critiquent l'utilisation de l'empowerment, qui préconise l'accroissement de la capacité d'agir sur la santé principalement chez des populations jugées « vulnérables » et « exclues » ou des groupes-cibles spécifiques, comme étant une technique d'intervention en santé à des fins de « détournement du potentiel de pouvoir des personnes vers des buts prédéterminés ou limités » des programmes sociosanitaires. Les apprentissages expérimentiels de soins infirmiers dans un centre jeunesse soulignent les ambiguïtés des pratiques d'empowerment et d'autonomisation auprès des familles multiethniques et autochtones (Laperrière, Martin, Leduc, Félix & Bernier, 2005). Ils permettent de constater que l'instauration (ou la création) d'un lien de confiance est souvent entravé par une « relation de pouvoir » entre une institution (que nous représentons) et un individu, voire une communauté culturelle provenant des Premières Nations et des minorités ethniques en situation de précarité sociale. Ces collectivités n'ont pas toujours le potentiel politique pour défendre leur propre cause. Il s'avère que plusieurs programmes, à prétention d'empowerment communautaire, sont finalement « construits à l'initiative de professionnels des

services de santé » et que la mobilisation des gens en contexte de vulnérabilité est difficile dans la pratique (Augoyard & Renaud, 1998). Par exemple, la prévention du VIH/Sida dans les zones de prostitution s'élabore dans des milieux de pratiques non institutionnels, où plusieurs acteurs de la criminalité, de gangs de rue et de réseaux illicites de trafiques de drogues sont présents (Laperrière & Zúñiga, 2006). Les approches d'empowerment et de participation auprès des travailleuses du sexe doivent tenir compte des négociations inévitables avec ces acteurs réels. Il y a également les conditions complexes de pratiques d'autonomisation dans lesquelles l'équipe de santé travaille avec des groupes de réfugiés sans papier et susceptibles d'être déportés. (voir Hage & Racine, 2004).

Les limites de l'autonomie pour les collectifs et les infirmières : l'influence des dimensions socioculturelles et sociopolitiques des concepts face aux pratiques

En aspirant à rejoindre des populations en contexte de grande vulnérabilité sociale (utilisateurs de drogues injectables, familles immigrantes sans papier et sans logis, jeunes itinérants), l'infirmière en soins communautaires tente de rejoindre des collectifs qui ne correspondent pas nécessairement aux priorités gouvernementales de santé publique. Selon Dallaire (1999), les infirmières contribuent au bon fonctionnement du système de santé en « éduquant » les patients sur les services offerts par le système, même si ceux-ci ne correspondent pas à leurs besoins réels. Pour Aday (1997), les valeurs sous-jacentes aux approches élaborées pour répondre aux besoins de soins de santé chez les populations en contexte de vulnérabilité varient selon qu'elles proviennent d'une perspective gouvernementale ou bien d'une perspective communautaire.

Les priorités des programmes d'intervention devraient être fondées sur les besoins de la population et non sur des « intérêts économiques, médiatiques, étatiques et idéologiques » (Saint-Arnaud, 1999). La santé peut être une question individuelle pour ceux qui sont privilégiés et proviennent de la classe moyenne mais, pour la plupart, la santé est une question sociale. Drevdahl (1999) considère qu'en ignorant l'influence des structures sociales plus amples influençant les individus, on efface l'analyse des situations d'autorité, de contrôle et d'oppression pouvant être créées par des systèmes de domination, incluant les théories en sciences infirmières. Par contre, l'analyse des relations entre les communautés, l'environnement et la société globale force les infirmières à développer et agir avec des

engagements dans le contexte politique et social de leur pratique (Bent, 1999).

La production des connaissances n'est pas neutre, de telle sorte que les chercheurs eux-mêmes travaillent dans un contexte socioculturel et sociopolitique donné. Les pratiques infirmières et les recherches auprès des groupes de personnes en contexte de précarité sociale persistent à mettre l'accent sur l'état de santé, l'accessibilité des soins ou les changements de comportements individuels, évitant des enjeux plus critiques comme celui de l'oppression exercée sur la communauté (Hall, Stevens & Meleis, 1994). Il y aurait une nécessité d'accentuer les recherches visant à mieux comprendre les relations entre les politiques et les inégalités en matière de santé (Drevdahl, Kneipp, Canales & Dorcy, 2001). Roberts (2000) parle d'un phénomène d'habilitation (empowerment) lorsque l'infirmière prend d'abord conscience de la structure d'oppression et des mythes qui la soutiennent, puis reconstruit son image professionnelle et développe des réseaux permettant de rendre plus visibles les soins infirmiers.

Cette problématique pose de sérieux questionnements pour la PIA en soins communautaires au sein d'un groupe ou un collectif dans la communauté locale. Cette pratique souligne la vulnérabilité et la précarité réelles de collectifs « vulnérabilisés » et doit donc dépasser une conception purement sanitaire. La pratique locale se situe dans une logique plus réaliste des concepts d'empowerment, de participation et d'autonomisation. Aussi, la santé se développe à partir de conditions préalables (OMS, 1986), desquelles l'infirmière doit tenir compte avant de pratiquer la promotion et la prévention de la santé en soins communautaires.

La pratique infirmière avancée en soins communautaires comme moteur d'évolution des pratiques infirmières : les défis de leur adaptation aux contextes de vulnérabilité

Les pratiques doivent continuellement s'ajuster pour rencontrer les besoins réels des populations visées dans leur contexte sociopolitique. Laffrey & Craig (2000) considèrent la communauté comme objet du traitement de la maladie, de la prévention et de la promotion de la santé de la communauté. Selon Craddock (2000), les soins infirmiers en santé communautaire s'orientent autour de la santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. Helvie (1998) fait une distinction entre les soins infirmiers dans la communauté et les soins infirmiers communautaires. Pour elle, les soins infirmiers

dans la communauté sont ceux où la communauté devient le contexte de nos interventions auprès d'individus et de familles, tandis que les soins infirmiers communautaires visent la santé d'une communauté ou d'un sous-groupe à risque de cette communauté.

Les fonctions de l'infirmière en soins communautaires supposent l'enseignement, l'élaboration de programmes spécifiques, de consultation et de production d'un savoir infirmier qui intègre la recherche et la pratique (AIIC, 1997, Hamric, Spross & Hanson, 2000) pour répondre aux besoins d'une communauté. Le développement de la fonction de la PIA est ici considéré comme moteur d'évolution des pratiques infirmières en soins communautaires. Elle intercale le développement des connaissances avec une pratique soignante réflexive de proximité au milieu de pratiques locales et une ouverture à l'interdisciplinarité (sciences infirmières, sociales, politiques, de santé publique, etc.).

Être un médiateur entre les niveaux locaux, régionaux et nationaux (communauté-réseau de santé et université)

Pour mieux tenir compte des acteurs locaux directement impliqués dans l'action transformatrice, le point de départ de la PIA en soins communautaires est une fonction de « médiateur » dans le domaine des soins à la communauté, à partir d'une pratique insérée dans le milieu. Elle préconise le coaching comme stratégie de mobilisation auprès des infirmières du réseau communautaire. Le coaching fait appel à un accompagnement personnalisé qui offre du feedback, favorise l'autonomie et développe les compétences des personnes (Bojanowski & Dubois, 2002). De plus, l'infirmière devient l'intermédiaire entre le milieu communautaire et universitaire dans une perspective de construction collective des savoirs à partir de la base (acteurs locaux de la communauté et professionnels des réseaux communautaires) vers le haut de telle sorte que la recherche considère ces savoirs et leur donne une visibilité écrite dans un « savoir-dire ».

C'est aussi la préoccupation de plusieurs infirmières en soins communautaires d'élaborer des stratégies afin d'interpeller les décideurs à faire des changements pour améliorer la vie de collectivités (AIIC, 2000). La PIA en soins communautaires s'interroge alors davantage sur le « comment » rendre accessibles les soins à un groupe local vivant dans un contexte de vulnérabilité socioéconomique (précarité) et sociopolitique (inégalités dans la possibilité de se faire entendre et considérer). Tout en demeurant critique face aux implications politiques du partenariat, l'infirmière en PIA en soins

communautaires peut devenir le catalyseur d'un projet de collaboration entre la communauté locale, les institutions d'intervention de première ligne, l'administration des soins de santé à la population et les milieux de recherche et d'enseignement.

L'engagement de l'infirmière dans les milieux de rencontre des collectifs organisés de personnes vivant dans des contextes de vulnérabilité pourrait être aussi considéré comme pratique professionnelle de soins communautaires (par exemple, au sein de groupes communautaires de lutte contre le sida, de cuisines populaires, de mouvements de revendication des droits des réfugiés et de maisons des jeunes). Ses fonctions de travail concernent alors la promotion de la santé, la prévention et également l'action sociale reliée à une personne, à un groupe, à un collectif organisé ou à une communauté locale.

Éduquer à voir et à agir ensemble dans la précarité et l'insécurité

Dans le but de production des connaissances en sciences infirmières, l'infirmière en PIA souligne et rend visible les savoirs du travail terrain. Paul (2002) fait mention de la non-reconnaissance de la contribution des infirmières dans le développement de l'approche communautaire. L'infirmière préconise une approche locale et de proximité permettant la construction des savoirs à partir de l'expérience des acteurs locaux et sert de catalyseur pour l'échange des connaissances entre les infirmières, le collectif organisé, le milieu académique local d'abord, puis régional, national et international. Par exemple, la construction collective d'un guide d'évaluation, avec une coalition d'organismes communautaires de lutte contre le sida (voir Zúñiga & Luly, 2005), a permis le développement d'outils pratiques d'évaluation prometteurs pour une meilleure visibilité des savoirs locaux provenant des intervenants, incluant ceux des infirmières en sidologie.

L'infirmière en PIA de soins communautaires favorise l'empowerment des personnes en contexte de vulnérabilité, soit la « capacité pour ces personnes marginalisées de prendre leurs affaires en main et faire avancer leur cause » (Augoyard & Renaud, 1998). Freire (1996) voyait l'émancipation de la communauté non pas comme le fruit d'une adaptation à la réalité, mais plutôt comme la capacité de ses membres à opter, à décider et à rompre avec les idées cristallisées d'accommodation pour transformer et intervenir dans le monde. Ce pédagogue brésilien croyait à la possibilité des personnes de devenir des êtres actifs, curieux, capables de courir des risques et d'être porteurs de changement social. Cette manière radicale de voir la personne se démarque de la conception d'éducation sociosanitaire visant le transfert de connaissances vers la communauté.

Nous ne pouvons forcer les gens à développer leur capacité de choisir – c'est un moment qui doit venir d'eux– mais, nous pouvons en faciliter l'expression par des groupes de discussion (Labonté, 1989).

Il s'agit là d'un partage de connaissances et d'une transformation des savoirs, de part et d'autre, qui va au-delà de la simple notion de transfert unilatéral des connaissances de l'expert vers le public profane (Gonzalez, 1998). Cela fait appel aux échanges de savoirs où les professionnels de santé et les chercheurs osent également jouer le rôle de profane. Toutefois, l'utilisation de l'empowerment et la participation dans la PIA doivent refléter un réalisme face à la conscientisation possible de personnes immergées dans une longue expérience d'impuissance collective et individuelle. Ces personnes n'ont pas besoin d'être davantage « éclairées » et « conscientisées », mais bien plutôt d'acquérir des stratégies concrètes pour augmenter leurs ressources et leur capital social.

La proximité locale avec la communauté met en évidence l'existence d'inégalités qui peuvent invalider plusieurs approches d'empowerment et de participation aux politiques sociosanitaires conçues par les niveaux supérieurs du réseau. L'infirmière en PIA peut souligner les égalités théoriques, mais doit principalement confronter localement les inégalités déterminantes dans la santé des populations considérées comme vulnérables. De ce fait vient la nécessité de baser la PIA en soins communautaires sur la discussion avec d'autres secteurs, groupes communautaires et disciplines au sujet des types de sociétés, d'économies et de systèmes politiques souhaités ainsi que nos raisons pour les vouloir.

Développer la PIA par la médiation théorique-pratique de la recherche dans l'action

La reconnaissance de la maximisation de la participation et de l'autonomie des groupes et des collectivités a une influence directe sur le choix d'un cadre méthodologique pour le développement des connaissances en soins communautaires. Par une formation de cycle supérieur, la PIA incorpore la pratique et la recherche dans un même espace. Cette fusion de la conception de la recherche et de la pratique a le potentiel de déplacer le développement des connaissances vers les milieux de pratique de soins communautaires. Elle ouvre non seulement la porte à l'interdisciplinarité, mais également à une diversité de production des savoirs en soins communautaires. La « recherche dans l'action » s'avère un outil potentiel pour développer ce rôle de médiation théorique-pratique au sein des groupes et des collectivités.

D'abord, la recherche-action met l'accent sur la résolution de problèmes réels et concrets déterminés par les participants qui les considèrent

importants dans leurs actions quotidiennes (Greenwood & Levin, 1998). Drevdahl (1995) propose un modèle de recherche-action prônant l'empowerment qui tient compte de cette exigence et préconise la recherche d'actions pour aider la communauté à transformer ses conditions de précarité sociale plutôt que de simplement s'y adapter. Elle explique que la recherche participative est à la fois intervention et production de connaissances, puisque ces dernières sont utilisées pour mieux comprendre et transformer les situations d'oppression sociale avec la communauté.

Aussi, la « recherche dans l'action » est ici conçue comme une forme d'apprentissage dans laquelle les participants et les chercheurs co-génèrent des connaissances grâce à un processus dialectique faisant également appel à la diversité des expériences. Médecins, infirmières et intervenants communautaires font face à une tâche qui exige une disponibilité constante pour prodiguer les services d'urgence qui caractérisent le contexte du réseau sociosanitaire et communautaire. La recherche se greffe donc à leurs activités professionnelles de soins communautaires auprès d'usagers qui demeurent toujours prioritaires. Les réunions avec la communauté et les divers événements culturels (fêtes significatives, célébrations, rencontres de formation) s'avèrent d'importantes occasions pour la recherche; elles permettent d'identifier les points de discussion, de donner du sens aux informations générées collectivement et de réfléchir sur le progrès des actions de soins communautaires.

En s'engageant dans des activités locales auprès de groupes communautaires, l'infirmière en PIA en soins communautaires peut également créer un espace d'expression pour les groupes ou collectifs en contexte de grande vulnérabilité sociale. Ces initiatives d'exploration de voies concrètes afin de produire des changements dans leurs vies deviendront les vrais « arguments » en faveur de leur empowerment. La stratégie de recherche-action participative pose comme prémisses l'importance d'établir un dialogue avec les participants pour assurer une compréhension de leur situation et de leur possibilité de faire des suggestions à être incorporées à l'élaboration du protocole de recherche (Laperrière, 2005a; 2005b). La participation suppose l'inclusion des différentes personnes ou collectifs organisés dont dépendent, en partie, le succès ou l'échec de l'implantation des soins communautaires.

Comme point de départ pour l'incorporation de la recherche à la PIA, de nombreux acteurs peuvent être identifiés pour leur influence sur les soins communautaires: a) les acteurs directs (usagers, intervenants locaux, partenaires) de la structure locale des activités de soins

communautaires ;b) les acteurs indirects du réseau sociosanitaire, des appareils de l'ordre juridique et politique et des appareils culturels; c) les acteurs régionaux et nationaux comme les instances sociosanitaires, les politiciens et les milieux de recherche.

Il y a cependant un potentiel d'action collective pour réaliser un but ou un projet commun lorsqu'il y a un démantèlement des règles formelles rigides et création (ou émergence) d'un espace informel ne faisant l'objet d'aucun contrôle (Friedberg, 2005). Marsh (2004) suggère que pour « expérimenter » en actes l'espace participatif et s'ouvrir à un espace plus large d'options d'interventions, il faut laisser coexister des logiques différentes dans le processus d'incorporation, de négociation et de délibération, mais également un espace d'opacité pour permettre et favoriser le libre-échange dans les discussions. Par exemple, les intervenants invités à s'exprimer librement sur leur projet de prévention pourront restreindre leurs propos s'ils perçoivent que des informations controversées risquent d'être diffusées à l'extérieur du groupe de discussion.

Concrétiser l'éthique professionnelle en un compromis d'action sociale

L'action communautaire et le développement de politiques sociales sont des préoccupations éthiques légitimes pour la discipline et la profession infirmières. Toutefois, la plupart des théories infirmières se sont développées autour de conceptualisations de la personne, qu'elle soit perçue comme un être holistique ou unique. Ces conceptualisations inhibent l'analyse des structures sociales plus larges et la capacité d'identifier des approches communautaires pouvant mener à un gain politique (Drevdahl, 1999). Ainsi, la décontextualisation de la personne a contribué à une dépolitisation des soins infirmiers (Holmes, 1993).

La conception de la santé comme une question individuelle relègue à l'arrière-plan les causes sociales et politiques pouvant entraîner justement la perte de cette santé. En concevant la santé comme une obligation sociale, il y a une nécessité de développer des soins infirmiers communautaires qui vont contribuer à créer, maintenir et promouvoir des contextes environnementaux, sociaux et politiques sains. Les récits d'une équipe québécoise de santé mentale (médecins, psychologues, infirmières et travailleurs sociaux) témoignent des efforts pour concrétiser une éthique professionnelle en un engagement auprès d'immigrants sans papier afin de favoriser l'accès aux services de santé à ces groupes et collectivités (voir Hage & Racine, 2004). Dans ce contexte de vulnérabilité, le questionnement sur

l'inclusion d'un agenda politique devient inévitable dans la PIA en soins communautaires.

Gagnon & Dallaire (2002) font état des acquis du savoir infirmier en santé publique et de leur contribution au développement de la promotion de la santé. Elles mentionnent que ces savoirs permettront d'engendrer de nouvelles habiletés visant à influencer les décideurs quant aux choix collectifs et à créer des liens avec les autres disciplines pour transformer le système de santé. L'acquisition de ces habiletés posera des défis de prises de position qui, en laissant le champ du professionnel abstrait, confronteront des clivages et des options politiques. La pratique des soins infirmiers en santé communautaire « conjugue la théorie des connaissances infirmières, les sciences sociales et la science de la santé publique aux soins de santé primaire » (AIIC, 2003, 4). L'infirmière fait appel à plusieurs savoirs dont les savoirs esthétique, empirique, personnel et éthique (Carper, 1978), auxquels White (1995) ajoute un savoir sociopolitique. Dallaire (2002) parle d'un sens politique en soins infirmiers. Ce savoir apporte des connaissances sur le contexte sociopolitique de l'infirmière et des patients ainsi que sur la manière dont la société conçoit le rôle de l'infirmière et la manière dont l'infirmière comprend la société et ses politiques.

Quelques avenues d'une pratique consciente du contexte socioculturel et sociopolitique dans lequel l'infirmière s'insère dans la société.

Une des habiletés primordiales que doit posséder l'infirmière en PIA est donc la capacité de réfléchir sur ses actions et ses interventions. La première tâche est d'anticiper certains obstacles et les mécanismes pour y remédier. Cette réflexion demeure inachevée puisqu'elle se poursuivra au fil des expériences futures. L'empowerment d'un groupe ou d'une collectivité se traduit notamment par l'accroissement de son autonomie dans les soins communautaires. Il n'en demeure pas moins que le concept suppose l'inévitable prescription d'un changement souhaitable pour une population visée. Aldea (2001) suggère la construction de dispositifs de lecture des événements à partir de l'analyse des orientations politiques et des jeux de pouvoir institutionnels, de telle sorte que les programmes d'intervention, de formation et de recherche permettent aux intervenants de créer des approches savantes, hardies, créatrices et « sans illusions ambiguës ». Ayant le potentiel de soigner, d'enseigner et de faire de la recherche, les infirmières en PIA devraient connaître l'impact de certaines politiques sociales et sanitaires sur la

santé. La PIA doit transmettre des compétences dans ce domaine.

Il est donc important de prendre conscience de l'impact des institutions (école, université, hôpital, réseau sociosanitaire, médias, législation et recherche) sur la construction de nos propres valeurs, de nos idéologies, de nos pratiques visant le maintien de la santé de la communauté. Pensons aux changements organisationnels qu'engendrent la restructuration des soins et les restrictions budgétaires sur les pratiques infirmières locales qui doivent alors assumer quotidiennement les conséquences de ces modifications dans leurs relations avec les patients : la surcharge de travail, le temps supplémentaire, l'absentéisme, le statut d'employé (Shannon & French, 2005).

C'est ainsi que nous pouvons être conduits à travailler dans des situations souvent incongrues, aux prises avec de nombreuses contradictions entre nos propres valeurs en tant qu'infirmière, celles du système de santé publique que nous avons à représenter et celles des communautés locales avec lesquelles nous sommes en contact direct. En se désaffiliant, ces dernières ont parfois perdu leur confiance dans l'utilité d'une appartenance sociale. Si la promotion de la santé se définit comme un processus permettant à la personne de prendre sa santé en main et de l'améliorer (Hamilton & Bhatti, 1996), la PIA en soins communautaires ajoute à cette définition une éthique professionnelle de revendication des droits de ces groupes pour améliorer leurs conditions de vie (sanitaires, socioéconomiques, etc.).

Le voisinage fréquent des groupes et des collectifs permet de mieux saisir les conditions sociales influençant leur potentiel réel d'autonomie vers la santé. La proximité de l'infirmière avec les acteurs locaux directement impliqués dans un projet de prévention et de promotion de la santé lui confère alors une position privilégiée pour « réfléchir en situation d'actes ». Le déplacement corporel devant la réalité concrète d'un problème sociosanitaire (présence sur le terrain des pratiques) conduit à la création d'une pensée intuitive devant des situations compliquées et inédites, à la capacité d'inventer des solutions originales ou de trouver des astuces qui permettent de répondre aux besoins réels d'un groupe ou d'une communauté. Les soins infirmiers impliquent une pratique de soins qui incorpore des activités artistiques et scientifiques, semblables à celles d'un « bricoleur » (Gobbi, 2005).

Enfin, les solidarités et les appartenances développées dans les groupes d'action informelle d'entraide représentent des champs de recherche intéressants pour le développement de connaissances liées à la prévention et la promotion de la santé. Pour reprendre les mots de Perrenoud

(2001), un regard réaliste est nécessaire quant au contexte dans lequel l'infirmière est souvent placée dans sa pratique : un milieu où il faut savoir « agir dans l'urgence et décider dans l'incertitude ». L'autonomie de l'infirmière en PIA en soins communautaires peut se développer par une prise de conscience de ses choix personnels, de ses valeurs, de ses engagements, bref, de son « pourquoi agir » qui accompagne un « comment agir » en société. Une société contient des situations de vie très différentes de celles d'une conception sanitaire abstraite et universaliste. Si nous voulons être des agents de transformation et non des oppresseurs au sein des collectifs en contexte de vulnérabilité, nous devons également passer par ce processus d'émancipation et d'autonomisation qui fait partie de nos convictions.

Références

- Aday, L.A. (1997). Vulnerable populations : a community-oriented perspective. *Family and community health*, 19 (4), 1-18.
- AIIC. (1997, janvier). La pratique infirmière de niveau avancée au premier plan. *ZOOM sur les soins infirmiers : enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada*, (2), Ottawa : Association des infirmiers et infirmières du Canada. [téléchargé le 29 août 2005 à : http://www.cna-nurses.ca/CNA/resources/bytype/corporate/now/default_f.aspx?y=1997].
- AIIC. (2000, mai). Les soins infirmiers : un acte politique – Le tableau d'ensemble. *ZOOM sur les soins infirmiers : enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada*, (8), Ottawa : Association canadienne des infirmières et infirmiers du Canada. [téléchargé le 12 février 2006 à http://www.cna-nurses.ca/CNA/resources/bytype/corporate/now/default_f.aspx?y=2000]
- AIIC. (2003, mai). *Normes canadiennes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire*. Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire. [disponible gratuitement sur le site web www.communityhealthnursescanada.org].
- Aldea, E. (2001, mai). Lire et dire le contexte institutionnel et politique dans lequel s'inscrit la formation. Communication présentée aux Advanced Study Institute : models of training in culture & mental health, Université McGill, Montréal, Canada.
- Augoyard, P. & Renaud, L. Le concept d'empowerment : son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion et Éducation*, 5 (2), 28-34.
- Bent, K.N. (1999). The ecologies of community caring. *Advances in nursing science*, 21 (4), 29-36.

- Bojanowski, L. & Dubois, S. (2002, novembre). Le coaching : stratégie de mobilisation, Québec : OIIQ.
- Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Craddock, G.R. (2000). Primary health care practice. Dans Stewart, M. (dir.), *Community nursing : promoting Canadian's Health* (2^e éd., pp. 352-369). Toronto : W.B. Saunders.
- Dallaire, C. (1999). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. Dans Goulet, O. & Dallaire, C. (Éds), *Soins infirmiers et société*, (pp. 33-55). Boucherville : Gaétan Morin.
- Dallaire, C. (2002). Le sens politique en soins infirmiers. Dans Goulet, O. & Dallaire, C. (Éds), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*, (pp. 199-224). Boucherville : Gaétan Morin.
- Daudelin, G. & Vissandjée, B. (1998). *L'empowerment comme technique d'intervention dans le domaine de la santé : réflexion sur une panacée*. Montréal : Consortium Université de Montréal, 1-17.
- Delor, F. & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of « vulnerability ». *Social Science & Medicine*, 50, 1557-1570.
- Demo, P. (2001). *Saber pensar. Guia da escola cidadã no 6*. [Savoir penser. Guide de l'école citoyenne]. Instituto Paulo Freire. São Paulo : Cortez Editora.
- Drevdahl, D. (1995). Coming to voice : the power of emancipatory community interventions. *Advanced Nursing Sciences*, 18 (2), 13-24.
- Drevdahl, D. (1999). Sailing beyond : nursing theory and the person. *Advances in Nursing Science*, 21 (4), 1-13.
- Drevdahl, D., Kneipp, S.M., Canales, M.K., Dorcy, K.S. (2001). Reinvesting in Social Justice : A Capital Idea for Public Health Nursing ? *Advances in Nursing Sciences*, 24 (2), 19-31.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da indignação : cartas pedagógicas e outros escritos*. [Pédagogie de l'indignation : lettres pédagogiques et autres écrits]. São Paulo : Editora UNESP.
- Friedberg, E. (2005). *Qu'apporte la sociologie au management des organisations ?* Séminaire offert au Centre Humanismes Gestions et Mondialisation, École des Hautes-Études commerciales, Montréal, 27 avril. [présentation powerpoint avec autorisation de l'auteur].
- Gagnon, F. & Dallaire, C. Promotion de la santé : la contribution du savoir infirmier. Dans Goulet, O. & Dallaire, C. (Éds), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*, (pp. 225-277). Boucherville : Gaétan Morin.
- Gendron, S. (2002). Le phénomène de la vulnérabilité : point d'ancrage d'un cadre conceptuel pour l'action en prévention du VIH. Dans Godin, G., Lévy, J.J. et Trottier, G. (éd.), *Vulnérabilités et prévention VIH/Sida*, (pp. 34-50). Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval
- Godin, G., Lévy, J.J. & Trottier, G. (2002). *Vulnérabilités et prévention VIH/Sida*. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Gobbi, M. (2005). Nursing practice as bricoleur activity : a concept explored. *Nursing Inquiry*, 12 (2), 117-125.
- Gonzalez, P. (1998). From skills transfer to skillshare. *Insight : International Service News*, 2 (4), York : International Service.
- Greenwood, D.J. & Lewin, M. (1998). *Introduction to action research*. Thousand Oaks : Sage.
- Hage, M. & Racine, G. (2004). *Accueil et santé : au-delà des frontières. Intervenir auprès de réfugiés*. Montréal : Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne. [Document multimédia disponible sur demande à guylaine.racine@umontreal.ca].
- Hall, J.M., Stevens, P.E. & Meleis, A.I. (1994). Marginalization : a guiding concept for valuing diversity in nursing knowledge development. *Advances in nursing science*, 16 (4), 23-41.
- Hamilton, N., Bhatti, T. (1996). *Promotion de la santé de la population. Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé*. Ottawa : Division du développement de la promotion de la santé.
- Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, C.M. (2000). *Advances Nursing Practice. An Integrative Approach*. Philadelphia : Saunders.
- Helvie, C.O. (1998). *Advanced practice nursing in the community*. Thousand Oaks : Sage publications.
- Holmes, C.A. (1993). Praxis : a case study in the depoliticization of methods in nursing research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal*, 4 (1), 3-11.
- Holmes, D. & Perron, A. (2006). Les groupes vulnérables : comprendre la vulnérabilité et agir. Dans Carrol, G. (éd.), *Pratiques en santé communautaires* (pp. 195-203). Montréal : Chenelière Éducation.
- Labonté, R. (1989, mars). Community and professional empowerment. *The Canadian Nurse*, 25-28.
- Laffrey, S.C. & Craig, D.M. (2000). Health promotion for communities and aggregates : an integrated model. Dans Stewart, M.J. (ed.), *Community Nursing promoting Canadians' health* (2^e édition), Toronto : Saunders.
- Laperrière, H. (2005a). La acción social de la enfermera. [L'action sociale de l'infirmière]. Communication présentée au *II Congresso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud*, Madrid, Espagne, 22-25 juin 2005.

- Laperrière, H. (2005b). *Les inégalités socioculturelles et sociopolitiques dans les programmes de prévention de la santé : les tensions entre le sanitaire local et les appareils d'expertise nationaux*. Protocole de recherche. Instituts des maladies infectieuses et immunitaires – VIH/Sida, Instituts de recherche en santé du Canada.
- Laperrière, H., Martin, J., Leduc, M., Félix, M. & Bernier, D. (2004). *Le rôle de l'infirmière au CPEJ Batshaw : diversifié, autonome et transdisciplinaire*. Communication présentée à la Journée rencontre-conférence « La pratique des soins infirmiers en Centre jeunesse : une expertise à découvrir ! », Centre jeunesse de Montréal, Montréal, 24 septembre. Disponible à *Actualités professionnelles*, Ordre régional des infirmiers et infirmières Montréal-Laval, <http://www.orrml.org>].
- Laperrière, H. & Zúñiga, R. (2006, May). Sociopolitical determinants of an AIDS prevention program : multiple actors and vertical relationships of control and influence. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7 (2), 1-11.
- Marsch, J.G. (2004). Le carcan de la rationalité : Laisser coexister des logiques différentes. Dans Friedberg, E. (éd.), *La décision*. [Ouvrage multimédia]. Premier tome dans la collection « Questions d'organisation », Paris : Banlieues Media Editions.
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa : Association canadienne de santé publique.
- Ouellet, N. (2004, août). L'infirmière en pratique avancée. *Soins Cadres*, 51, 32-33.
- Paul, D. (2002, mars/avril). Partenaires dans la discussion comme dans l'action. *L'infirmière du Québec*.
- Perrenoud, P. (2001). *Ensinar : agir na urgencia, decidir na incerteza*, (2^e édition). [Enseigner : agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude]. Porto Alegre : ARTMED editora S.A.
- Roberts, S.J. (2000). Development of a positive professional identity Liberating oneself from the oppressor within, *Advances in Nursing Science*, 22 (4), 71-82.
- Saint-Arnaud, J. (1999). Enjeux éthiques en santé publique. Dans Fortin, P. (dir.), Beaulieu, M., Boulianne, B., Dumains, M., Massé, R., Parent, P.P., Saint-Arnaud, J. & Tremblay, M., *La réforme de la santé au Québec*, (pp. 133-153). Québec : éditions Fides.
- Santé Canada. (1997). *Risque, vulnérabilité, résilience. Implications pour les systèmes de santé*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Santé et services sociaux Québec. (2002). *Programme national de santé publique 2003-2012* (pp. 1-26). Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Shannon, V. & French, S. (2005). The impact of the re-engineered world of health-care in Canada on nursing and patient outcomes. *Nursing Inquiry*, 12 (3), 231-239.
- White, J. (1995). Patterns of knowing : Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86.
- Zúñiga, R. & Luly, M.-H. (2005). *Savoir-faire et savoir-dire. Un guide d'évaluation communautaire*. Montréal : Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida).