

Les midis InterActions

Mardi 17 novembre
2015

L'élément
religieux comme
facteur de
négociation des
pratiques de
soins : les suivis
postnataux à
domicile



Emilie Audy

Candidate au doctorat

Sociologie, Université de Montréal

Les midi InterActions

Mardi 17 novembre
2015

Faire-infirmière et
manifestations
de la différence :
négocier la
pratique
professionnelle



Emilie Audy
Candidate au doctorat
Sociologie, Université de Montréal

Études antérieures postulaient

- que la définition de la compétence en matière de soins de santé **intègre l'obligation d'ajustement**, qu'elle est incorporée à la pratique professionnelle (Bouchard et Taylor, 2008 : 90).
- que l'adaptation des pratiques de soin, tant aux demandes religieuses que culturelles **fait partie intégrante de l'intervention** (Fortin, 2004; Bibeau, 2000);
- que les négociations entourant les normes, les valeurs et les savoirs des usagers et des intervenants **sont inhérentes aux soins prodigués** (Fortin et Knotova, 2013);

Études antérieures postulaient

- que les intervenants **sont quotidiennement amenés à « faire des adaptations** qui tiennent compte de la condition clinique de la personne, de son histoire de vie, de ses besoins et de ses croyances » (LeGall et Xenocostas, 2011 : 172) et;
- que la religion et la culture sont des dimensions parmi d'autres dans la vie du patient et justifient de ce fait, dans **le cadre du modèle de soin personnalisé, des adaptations quotidiennes** (LeGall, Xenocostas et Lemoyne-Dessaint, 2012).

Méthodologie

- Ethnographie
- Observation
 - 43 suivis postnataux à domicile avec 10 infirmières différentes
- Entretiens
 - 10 infirmières
 - 11 nouvelles mères

Question de recherche

Comment les infirmières arrivent-elles à concilier pratiques de soins et pratiques religieuses afin de permettre (ou non) la création d'un espace dédié à la religion au sein des services postnataux à domicile?

Négociation : une perspective théorique

- Combinaison de l'approche interactionniste (Strauss et Goffman) et de l'approche organisationnelle (Crozier, Friedberg, Reynaud)
- À mi-chemin entre une forme sociale et une action collective

Culture infirmière

- Concept-clé
- Regroupement des politiques, règlements, mandats, pratiques et croyances liés à la santé publique
- Mais aussi et surtout, tout l'ordre négocié (Strauss, 1992), les pratiques officieuses.



Cinq types de négociation

principalement basés sur les différentes significations que les infirmières accordent, en situation, aux normes de la santé publique

Coopération

- Perpétuer une interaction efficace entre les deux partis
- Chaque parti maintient son rôle respectif et n'interfère pas avec le rôle de l'autre (Goffman, 1974)
- L'infirmière mobilise la santé publique seulement lorsqu'elle veut accentuer son statut professionnel
- Traduction (Callon, 1986)

Compromis par identification

- Atténuer ou régler les tensions émergentes
- Footing (Goffman, 1981)
- Effort conscient pour reconnaître et comprendre le point de vue de l'autre
- L'infirmière se distance de la santé publique et adopte un autre registre de pratiques normatives
- Identification ou Projection
- Culture infirmière comme balise

Détachement

- Quand l'infirmière est en désaccord avec le choix des parents
- Infirmière mobilise uniquement la santé publique
 - Science comme pierre angulaire de la pratique
 - Pratique jamais fondée sur l'expérience
- Tous les parents reçoivent les mêmes informations
- Reconnaît l'autorité des parents (expert de la paternité)

Discours adapté

- Pour éviter les conflits et tensions
- Filtre les renseignements et communique seulement ce qu'elle croit que la famille considère comme acceptable
- Adaptations basées sur l'expérience et les stéréotypes
- L'infirmière utilise les principes de base de la santé publique
- Donne aux parents une version adaptée de l'information et jamais l'information optimale
- Le meilleur plan B, « The next best thing »

Coercition

- Pour contraindre une usagère à agir d'une certaine façon
- Négociation distributive
- La santé publique apparaît comme le seul référent normatif valide
- Bras armé de la santé publique
- Relation de pouvoir inégale
 - Connaissance scientifique
 - Culture majoritaire
- Menace

La personnalisation du soin : négociation de la signification accordée aux normes de la SP

Coopération

L'infirmière mobilise la SP seulement lorsqu'elle veut accentuer son statut professionnel

Compromis

L'infirmière sort de la SP et adopte un autre registre de pratiques normatives

Détachement

L'infirmière mobilise uniquement la SP

Discours adapté

L'infirmière utilise les principes de base de la SP, mais pas l'information optimale

Coercition

L'infirmière considère la SP comme le seul référent normatif valide

Quatre types de transition

- Micheline : la vaccination comme limite à la coopération
- Camélia : l'expérience professionnelle et le rôle de l'infirmière
- Jocelyne : « avoir le coeur à la bonne place » et l'importance de l'interaction
- Jacinthe: la coopération par défaut

Conclusions et ouvertures

- La culture infirmière, dite experte, fait émerger la culture de l'usagère, dite profane
- Sociologie des professions publiques
- Comment apprendre à de jeunes professionnels à négocier la différence?

Bibliographie

BATTAGLINI, A. (2005) « Religion, santé et intervention », *Actes du colloque « La Religion dans la sphère publique et parapublique »*, Université de Montréal, Centre d'étude des religions (CERUM), Presse Universitaire de Montréal.

BERGER, P. and LUCKMANN, T. (1966 [1986]) *La Construction sociale de la Réalité*. Paris: Armand Colin, 344 p.

BOUCHARD, G. and TAYLOR, C. (2008) « Fonder l'avenir; le temps de la conciliation » Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles. Québec : Gouvernement du Québec, 310 p.

BOURQUE, R. and THUDEROZ, A. (2002). *Sociologie de la négociation*. Paris : La Découverte, p. 124.

CALLON, M. (1986) « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, No. 36, pp.169-208.

CREVIER, M., COUTURIER, Y. and MORIN, P. (2010) « L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile : ouvertures et tensions dans la relation clinique », *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 23, No. 1, pp. 177-191.

CROZIER, M. and FRIEDBERG, E. ([1977] 1992) *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris: Éditions du Seuil, 500 p.

FAINZANG, S. (2013) « Champ-contrechamp. La relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 37, No. 3. pp.

FORTIN, S. (2013) « Éthique(s) et prise de décision médicale en contexte de diversité », *Migrations Santé*, No.146, pp.17-51.

GOFFMAN, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Éditions de minuit. 240 p.

GOFFMAN, E. (1981) *Forms of Talk*. University of Pennsylvania Press. 334 p.

GIDDENS, A. (1991) *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford University Press, 264 p.

LEGALL, J., XENOCOSTAS, S. and LEMOYNE-DESSAINT, S. (2012) « Manifestations du fait religieux dans les institutions de santé de première ligne au Québec ». *Alterstice*, Vol. 2, No. 2, pp. 23-34.

LÉVY, I. (2004). *La religion à l'hôpital*. Paris : Les Presses de la Renaissance, 330 p.

LOCHARD, Y. and SIMONET, M. (2010) « Les experts associatifs, entre savoirs profanes, militants et professionnels. » In : Demazière D, Gadéa C. *Sociologie des groupes professionnels*. Paris: La Découverte, pp. 274-284.

PETERSEN, A. and LUPTON, D. (1996) *The New Public Health : Health and Self in the Age of Risk*. London : Sage Publication. 213 p.

STRAUSS, A. (1992). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris : L'Harmattan, 319 p.

THUDEROZ, C. and GIRAUD-HÉRAUD, A. (2000) *La négociation sociale*. Paris : CNRS Éditions, 292 p.

THOMAS, J. (1984) « Some Aspects of Negotiated Order, Loose Coupling and Mesostructure in Maximum Security Prisons », *Symbolic Interaction*, Vol. 7, No. 2, pp. 213-231.