

Parcours professionnels des infirmières du Grand Nord canadien : processus, points de rupture, acteurs et leviers organisationnels.

******Cette communication inédite est tirée d'une partie des résultats de mon travail de
thèse soutenue en 2018 à HEC Montréal, Québec, Canada******

Céleste Fournier
Enseignant-Chercheur
IGS-RH Paris / Laboratoire LIPSE
cfournier@groupe-igs.fr

Résumé :

Cette recherche cherche à comprendre les parcours professionnels des infirmières travaillant auprès de la population inuite de la région arctique du Québec, au Canada. Ce contexte est particulièrement porteur puisque les infirmières y jouent un rôle unique et spécifique-le rôle élargi- dont les caractéristiques permettent une appropriation du rôle et une construction de son parcours très personnelles. La perspective choisie est celle de Zimmerman (2014) qui conceptualise le parcours comme un exercice réflexif donnant une cohérence à divers éléments d'ordre professionnel, privé, social... et un accès à la pluralité de rôles et d'identités possibles. À l'aide des théories de l'apprentissage expérientiel et de l'analyse stratégique et en utilisant une méthodologie qualitative et inductive-justifiée par le caractère exploratoire de la recherche- nous avons identifié les quatre étapes du processus et mis en exergue les cinq rôles, les quatre points de rupture et les différents acteurs des parcours des infirmières nordiques ainsi que les leviers organisationnels favorisant ce processus. Par ailleurs, et plus largement, cette étude s'inscrit dans la réflexion actuelle sur la redéfinition des barrières professionnelles des professionnels de santé comme piste de réorganisation de nos systèmes de soins contemporains aujourd'hui en crise et à bout de souffle.

Mots-clés : Parcours professionnels, processus, points de rupture, leviers organisationnels, infirmières

Parcours professionnels des infirmières du Grand Nord canadien : processus, points de rupture, acteurs et leviers organisationnels.

******Cette communication est tirée d'une partie des résultats de mon travail de thèse
soutenue en 2018 à HEC Montréal, Québec, Canada******

INTRODUCTION

Le rôle des infirmières dans les dispensaires du Grand Nord canadien auprès de la communauté inuite est mal connu et peu étudié aussi bien dans la littérature scientifique que professionnelle. Pourtant, le système de soins est organisé autour de ces femmes et de ces hommes qui choisissent d'aller vivre l'expérience nordique dans toute sa complexité. Complexité du rôle unique d'abord : ambigu, plastique, évolutif et intrusif, il exige une remise en question de ses certitudes ; complexité du contexte ensuite : choc culturel et psychosocial important et isolement géographique; complexité de l'environnement professionnel en outre : peu de ressources, plateau technique réduit, spectre de patientèle élargi et délégation de certaines compétences- notamment médicales ; complexité du sujet enfin : hautement politique, la prise en charge sanitaire des communautés autochtones au Canada est un enjeu de santé publique. Comprendre les parcours des infirmières, c'est redonner leur place à ses soignantes engagées dans un système de soins qui a ses limites, mais qui, cependant, offre des pistes de réflexion intéressantes pour repenser nos systèmes de soins occidentaux aujourd'hui à bout de souffle.

1. VERS UNE CONCEPTUALISATION DU PARCOURS

1.1. PARCOURS, TRAJECTOIRE, ITINERAIRE, MOBILITE, CARRIERE : QUELLES

DIFFERENCES ENTRE CES CONCEPTS ?

Dans son ouvrage de 2014, Zimmermann souligne que la notion de « parcours » est devenue « une notion phare des politiques du travail et de l'emploi. [...] Pourtant omniprésente [elle] est rarement explicitée » (81). Par ailleurs, l'auteur précise que « contrairement à la trajectoire ou à la carrière, le parcours se caractérise par un déficit de conceptualisation sociologique » (:82).

Compte tenu de l'importance que cette notion tient dans cette recherche, il est important d'en offrir, si ce n'est une définition, une conceptualisation plus précise tout en le différenciant des concepts voisins souvent amalgamés dans la littérature.

La notion de trajectoire a été définie par Spilerman (1977), cité dans Bosse et Guégnard (2007), comme un « lien stratégique entre les traits structureaux du monde du travail et les parcours socio-économiques des individus » (:127). Avec sa référence balistique, Zimmermann explique que la trajectoire est marquée par l'idée d'un chemin prédéterminé dont « le cap est maintenu par une force qui s'actualise au fil du temps et à laquelle il est difficile de se soustraire » (:86). Par ailleurs y est associée l'idée de discontinuité entre les emplois ou encore les périodes d'activité ou d'inactivité. La notion de parcours est moins restrictive et traduit l'idée d'une continuité de l'expérience par-delà les statuts endossés sans présumer de sa linéarité. Le parcours permet de mettre en cohérence des événements discontinus en un ensemble continu par l'artefact d'une cohérence bibliographique (:83). Par ailleurs, le parcours est fait de détours, de bifurcations, de retour en arrière, « bref, un ensemble de placements et de déplacements dont le tracé n'est pas nécessairement déterminé à l'avance » (:62). L'itinéraire, quant à lui, fait, quant à lui, plutôt référence à « un chemin qui mène d'un point à un autre et de descriptions des lieux traversés, une feuille de route » (:87). Il décrit les étapes de cheminement sans les mettre en cohérence ou en expliquer le déroulement. Le parcours lui s'intéresse justement au cheminement même, à son déroulement et ses modalités, sur les diverses manières de relier les étapes, sur ce qui se passe au cours du déplacement (:87). Caroly et Cholez (2007) définissent la mobilité comme étant des changements dans le parcours-travail c'est-à-dire l'évolution des activités et l'enchaînement du parcours-travail (:166). Elle est souvent associée à la notion de carrière qui est considérée comme une mobilité ascendante. Ainsi, selon Zimmermann (2014), ce serait « un modèle séquentiel, hiérarchisé, une succession ordonnée de passages d'une position à une autre dans un système donné, le système professionnel » (:87). Par ailleurs, la carrière nécessite une reconnaissance de cette évolution par une autorité compétente (:97). Elle rend compte « de la mobilité dans un espace de référence donné, structuré par des logiques propres qui définissent l'accès aux différentes positions en son sein » (:87). Son sens est donc plus restrictif que celui de parcours et « tout parcours n'est pas carrière » (:87).

Ainsi, le parcours s'inscrit dans un espace, un chemin permettant d'aller d'un point à un autre, et implique donc un début et une fin. Malgré tout, son but ou les chemins pour l'atteindre ne sont pas déterminés à l'avance, ils sont pluriels. C'est un exercice réflexif autour du cheminement en tant que chemin suivi et voulu et de restitution et justification des chemins empruntés, des espaces traversés et des moyens utilisés (Zimmermann, 2014 :85). Le parcours donne une cohérence entre divers éléments (professionnel, privé, social, personnel, organisationnel et intentionnel) et un accès à la pluralité des rôles et des identités possibles. Bref, le parcours intègre les autres dimensions de l'activité humaine au monde du travail.

1.2. LE PARCOURS COMME PROCESSUS D'APPRENTISSAGE PAR L'EXPERIENCE AVEC SES DYNAMIQUES COMPLEXES

Dans cette recherche, nous nous intéressons au parcours comme un processus d'apprentissage par l'expérience et souscrivons à l'analyse de Zimmermann (2014) qui le considère non seulement dans sa globalité, mais aussi dans sa qualité historique et relationnelle. L'idée étant d'identifier les étapes, les déplacements entre les étapes, les dynamiques de chaque étape, les choix et les non-choix, les bifurcations. Bref, comprendre l'expérience des infirmières nordiques à travers un cadre interactif et systémique. Le Boterf (2016) va dans ce sens en rappelant que devant la complexité des situations professionnelles, de leur instabilité et de leur imprévisibilité, il est nécessaire de « raisonner en termes processuels, de parcours progressifs [permettant] de cheminer vers des objectifs terminaux, comprenant des phases finalisées sur des objectifs intermédiaires » (:110).

2. LES COURANTS THÉORIQUES DE L'APPRENTISSAGE

2.1. L'APPRENTISSAGE PAR L'EXPERIENCE

L'intérêt pour le processus d'apprentissage n'est pas nouveau : pendant l'antiquité, Socrate et Sénèque avaient déjà écrit sur la nature de l'apprentissage. Au XVIe siècle, les idées de Vives ou Comenius ont fortement influencé l'enseignement. Plus récemment, Herbart, fondateur de la didactique moderne, a été considéré comme le précurseur des études scientifiques en pédagogie. Néanmoins, ce n'est qu'avec l'affirmation de la psychologie de l'éducation au début du XXe siècle que le processus d'apprentissage a fait l'objet d'études de plus en plus systématiques (De Corte, 2010). La vaste question du « comment apprend-t'on ? » a suscité de nombreuses réflexions et quatre grands courants se sont distingués : le courant behavioriste,

le courant cognitiviste, le courant constructiviste et le courant socioconstructiviste. Chacun d'eux propose un regard différent, et complémentaire, sur l'apprentissage et aide à mieux en comprendre le processus. Ainsi, selon la perspective des auteurs, les définitions varient : pour les behavioristes, apprendre c'est associer par conditionnement une récompense à une réponse spécifique. Pour les cognitivistes, c'est traiter et emmagasiner de nouvelles informations de façon organisée. Pour les constructivistes, apprendre c'est construire et organiser ses connaissances par son action propre. Enfin, pour les socioconstructivistes, c'est coconstruire ses connaissances en confrontant ses représentations à celles d'autrui. Les psychologues de l'éducation s'accordent majoritairement autour d'une vision socioconstructiviste de l'apprentissage précisant qu'il est autorégulé par l'apprenant (les apprenants étant acteurs de leur apprentissage que ce soit au plan métacognitif, motivationnel et comportemental), il est contextuel c'est-à-dire en interaction avec le contexte social et culturel et, enfin, l'apprentissage est collaboratif : il n'est pas seulement une activité individuelle, mais fondamentalement une activité partagée (De Corte, 2010). Par ailleurs, on constate que le terme apprentissage se définit comme produit, processus ou fonction. En tant que produit, l'apprentissage résulte de l'acquisition et de la maîtrise de connaissances que l'on a déjà sur un sujet (résultat final ou conséquence de la formation). En tant que processus, l'apprentissage est la conséquence de l'élargissement ou l'éclaircissement de la signification de sa propre expérience (ce qui se produit au cours de la formation qui vise un objectif particulier). Enfin, en tant que fonction, l'apprentissage constitue un processus structuré et délibéré pour vérifier la pertinence de ses idées pour des problématiques spécifiques (aspects primordiaux de l'apprentissage tels que la motivation, la mémorisation et le transfert qui sont supposés permettre les changements de comportements) (Knowles, 1990 ; Carré et Charbonnier, 2003). Trois constats sont communs à tous les auteurs : l'apprentissage ne se réduit pas aux acquis scolaires et il conduit l'individu à modifier et à adapter ses comportements suite à l'interaction avec son environnement. Finalement, ils soulignent l'importance de l'expérience dans l'apprentissage : l'apprentissage est le fruit d'une expérience.

2.1.1. La difficulté de qualifier l'expérience

Bien que les individus et les organisations sentent le potentiel créateur et transformateur de l'expérience, la notion reste floue. Selon De Villers, « la signification du terme expérience tant au niveau conceptuel qu'à celui, plus opératoire, des méthodes et des dispositifs éducatifs,

s'avère des plus imprécises, quand elle n'est pas supposée évidente et, donc, jamais explicitée » (dans Courtois et Pineau, 1991 :13). Plus encore, selon cet auteur, l'expérience n'est pas en soi un concept et il est impossible de cerner l'unité de sens qui rassemble la diversité de significations. Pourtant, comme le souligne Mayen (2009), elles ne sont pas incompatibles et « dessinent une sorte de maillage où les significations qui se croisent contribuent à rendre compte de ce qu'est cet objet étrangement familier » (:140). L'expérience est à la fois pragmatique (résultat d'une action passée et ressource pour une action future), cognitive (connaissances relatives aux actions et à leurs effets dans des contextes de travail) et identitaire (le sujet est mobilisé comme agent de l'action, comme le détenteur des connaissances et comme le garant du discours tenu) (Astier, 2004). De plus, l'expérience a deux sens principaux venant de ses origines latines et grecques. Le premier sens, qui tire ses origines de la langue grecque dans laquelle l'expérience est vue comme une épreuve et est orienté vers le passé : le sujet a fait l'expérience de la chose. Le deuxième sens, en lien avec le terme « experientia » dérivé du verbe « experiri » : faire l'essai de, est tourné vers l'avenir. Il représente une tentative, un essai dont le résultat ne peut qu'être espéré. Le sujet devient ainsi l'acteur de sa propre expérience. Plusieurs auteurs ont défini l'expérience. Pour Kolb (1984), l'expérience est toute situation dans laquelle une personne entre en interaction avec son environnement, lesquelles interactions permettent d'acquérir des capacités et des savoir-faire. Pour Aubret (2003), l'expérience désigne les pratiques (partie visible, observable et objectivable) et les effets qu'elle génère sur les individus et les groupes sociaux (qui relèvent soit de la conscience spontanée, du ressenti ou encore d'une analyse et de l'interprétation qui en résulte). Pour Legendre (2005), l'expérience consiste en un ensemble de connaissances, d'habiletés qui ont été acquises suite à des années de pratique et d'observation. Enfin, pour Jobert (2009), l'expérience est un processus qui s'est constitué, au fil du temps, individuellement et collectivement, dans l'intimité des personnes, dans leur corps, leur intelligence, leur imaginaire, leur sensibilité, dans leur confrontation quotidienne avec le réel et la nécessité de résoudre des problèmes de toute nature. Ces différentes définitions montrent l'étendue du terme expérience : elle peut être définie comme une simple interaction avec son environnement, une expérimentation jusqu'à un processus intime qui forme, dans le temps, l'identité de la personne. Ces deux conceptions de l'expérience, l'une pragmatique, l'autre romantique, se retrouvent dans les différentes approches de l'apprentissage expérientiel. En effet, les difficultés à définir cette notion viennent de postures philosophiques et

épistémologiques irréconciliables : la posture anglo-américaine et la posture allemande (Finger, 1989). Ainsi, pour les premiers, portés par Dewey et Kolb, l'apprentissage expérientiel véhicule une vision réductrice de l'expérience et son objectif est d'élaborer une connaissance objective de la réalité tout en adaptant l'individu à son environnement tant matériel que symbolique. Il représente donc un mécanisme d'adaptation qui permet à l'individu de se développer tout en étant de plus en plus intégré à la société. « Enracinée dans une philosophie progressiste et pragmatique, cette première conception cherche à promouvoir les idéaux de la société moderne, de même que l'adaptation de l'individu à cette dernière » (Finger, 1989 :4). Dans la conception allemande, la « Lebensphilosophie », en revanche, l'expérience a un autre statut et l'apprentissage une autre fonction. Portée par Goethe, la philosophie de la vie propose une conception de la personne qui ne privilégie pas que la raison ou la réflexion en tant que moteurs de l'apprentissage, mais qui attribue également un rôle à la vie totale, à savoir les émotions, les sentiments, les intuitions et, plus généralement, le vécu et les expériences de vie. L'apprentissage expérientiel est vu comme un processus de formation d'une personne, de son identité à la fois personnelle et socioculturelle. Ces auteurs appartiennent à des sociétés et ont réfléchi dans des contextes très différents. Néanmoins, cette opposition entre les deux approches reste pertinente. Enfin, en éducation des adultes, c'est la première conception qui domine. La nature de l'éducation, dans une société postmoderne est de promouvoir et réaliser les idéaux de celle-ci, l'apprentissage expérientiel étant un mécanisme au service de ce résultat (Finger, 1989 :6).

2.1.2. L'institutionnalisation de l'apprentissage expérientiel

Aujourd'hui reconnu comme une méthode d'apprentissage, l'apprentissage expérientiel n'a pas toujours eu ce statut. Lochart (2007), en affirmant que l'histoire des sociétés est indissociable de l'histoire du vocabulaire, propose de retracer les grandes étapes allant de l'avènement de ce concept à son institutionnalisation. Par ailleurs, les difficultés à cerner l'apprentissage expérientiel trouvent leurs racines dans la sémantique : si apprentissage et expérience sont des termes du langage commun, préciser leur contenu et les distinguer n'est pas chose aisée. Depuis l'émergence de l'apprentissage expérientiel dans les années 1970 jusqu'à son institutionnalisation au début des années 2000, la route a été longue pour reconnaître la légitimité et la richesse de celui-ci. Pour Lochart (2007), « la validité des "savoirs de l'expérience" ne s'est pas imposée d'elle-même, mais a été promue par des groupes

d'acteurs, des organisations, s'est jouée dans des conjonctures sociales, cognitives et politiques particulières » (:81). Ainsi, la première attestation de l'adjectif « expérientiel » en 1969 dans l'ouvrage du docteur Laing, s'inscrit dans un cadre plus général de défense des valeurs humanistes, dans un mouvement plus vaste d'idées autour de valeurs communes qui mêlent la dénonciation de la société de consommation et l'affirmation de la dignité de tous les hommes et des richesses dont ils sont porteurs. Vecteur de démocratisation de la connaissance, la reconnaissance des savoirs d'expérience célèbre l'autonomie et l'initiative. L'individu et son expérience sont le foyer de son apprentissage. En outre, dans le monde académique et dans celui de la formation, des colloques sur ce thème s'organisent, mettant en avant le lien avec le mouvement américain « experiential learning » porté par Dewey. La création de la revue *Éducation Permanente* en 1969 permet une diffusion plus large et plus systématique de cette notion. Ses défenseurs lui confèrent par la suite une légitimité politico-morale. Elle répond à une demande sociale forte et est porteuse d'un changement de la société en favorisant la mobilité sociale et professionnelle. Le mouvement associatif se fait lui aussi le promoteur de l'expérience : La dignification de l'expérience est indissociablement une dignification du populaire. Dignifier l'expérience, c'est toujours un peu dignifier ceux qui n'ont que l'expérience à faire valoir ; c'est dignifier ce qui est présumé sinon indigne du moins commun et donc sans grande valeur. (Lochart, 2007 :91). Enfin, avec l'officialisation de la Validation des Acquis d'Expérience (VAE), l'État consacre et institue ces valeurs en leur prêtant un concours institutionnel. Cela aboutit à une nouvelle ligne de partage : la formation expérientielle permet d'accéder aux termes officiels d'un diplôme au même titre que la formation académique et les savoirs d'action sortent de l'ombre des savoirs enseignés (Lochart, 2007). Beaucoup d'auteurs ont cherché à définir l'apprentissage par l'expérience (Roger, 1969 ; Kolb, 1984 ; Lochart, 2007) et font ressortir plusieurs fondements de l'apprentissage expérientiel. D'abord, l'apprentissage expérientiel se fait dans des situations en contact direct avec la réalité. Il n'a donc pas lieu dans un système formel. De plus, il nécessite que l'apprenant entre dans un processus réflexif et un engagement personnel. En effet, l'expérience en elle-même n'est pas synonyme d'apprentissage. Pour que celui-ci ait lieu, il est nécessaire que l'individu prenne de la distance et réfléchisse sur son expérience. Enfin, un apprentissage modifie nos représentations au monde et il est nécessaire de passer par un point de rupture avec nos évidences.

2.1.3. Les théoriciens de l'apprentissage expérientiel

Comme nous venons de l'exposer, les courants de recherche sur l'apprentissage sont nombreux et ont des points d'ancrage différents ce qui montre la richesse et l'étendue de domaine. Ces courants ont cependant un point commun : ils se sont tous interrogés sur l'apprentissage du point de vue de l'apprenant. Si certains théoriciens de l'apprentissage comme Piaget ou Vygotski ont marqué les recherches portant sur l'apprentissage expérientiel, ce sont trois auteurs en éducation des adultes, John Dewey, Eduard Lindeman et Malcolm Knowles qui sont considérés comme les pères de cet apprentissage. Kolb (1984) a cependant été l'auteur qui a le plus marqué le champ grâce à sa conceptualisation simple et pédagogique du cycle de l'apprentissage expérientiel. Cet auteur propose que le processus d'apprentissage expérientiel se divise en quatre étapes. L'individu est plongé dans une situation (expérience concrète) qui sera suivie de l'observation et de la réflexion (observation réfléchie). Cela conduira à la formation des concepts abstraits (conceptualisation abstraite) et à la création d'hypothèses portant sur les implications des concepts abstraits dans des situations nouvelles. Finalement, la vérification des hypothèses dans des situations réelles (expérimentation active) ce qui conduit à de nouvelles expériences (Landry dans Courtois et Pineau, 1991 : 25). Ainsi, le savoir est issu des expériences vécues et il se vérifie dans de nouvelles expériences.

3. LES RECHERCHES SUR LES PARCOURS ET L'APPRENTISSAGE EXPERIENTIEL

3.1. LES RECHERCHES SUR L'APPRENTISSAGE EXPERIENTIEL

Dans leur article de 2005, Kolb et Kolb dressent un bilan des recherches sur l'apprentissage expérientiel depuis les années 1970. Que ce soit en termes de méthodologie ou de champs disciplinaires, on constate que l'engouement, surtout dans les années 90 et début des années 2000, a été important. Les auteurs recensent d'ailleurs près de 4000 publications en sciences de l'éducation, en management, en psychologie, en médecine ou encore en sciences infirmières (:196). Il semble que l'on puisse regrouper les recherches autour de trois grandes thématiques transverses à ces disciplines : les facteurs individuels et l'apprentissage, le contexte organisationnel et l'apprentissage et les études sur l'inventaire des styles d'apprentissage (« Learning Style Inventory ») (Kolb, 1984). Ainsi, au niveau individuel, Elizenda (2007) nous rappelle que les auteurs se sont intéressés à la propension des individus à apprendre, à leur attitude face aux problèmes ou aux opportunités ou à l'ouverture aux autres

perspectives (Bunker et Webb, 1992 ; Mac Call, 1994 ; Dotlich et al. 2004 cités dans Elizenda, 2007 :17). Ce même auteur précise que le rôle de la réflexion individuelle dans l'apprentissage a été bien documenté que ce soit dans son caractère rétrospectif (Daudelin, 1996), actuel (Seibert et Daudelin, 1999) ou prospectif (Hall, 1995). Au niveau organisationnel, les recherches se sont orientées vers le contexte organisationnel favorisant les apprentissages (Dixon, 1999), les liens entre l'environnement et les styles d'apprentissage ainsi que leurs impacts sur la performance et la satisfaction au travail (Mainemelis, Boyatzis et Kolb, 2002). Par ailleurs, la littérature sur la formation ou le développement professionnel s'est aussi intéressée aux situations organisationnelles porteuses d'apprentissages. Elizenda (2007) en recense plusieurs, dont le réseau social et les mentors, les épreuves personnelles et professionnelles (recul professionnel, employés difficiles) ou les occasions de se dépasser lors de projets spéciaux, par exemple (Mac Call et al., 1988 ; Michaels, Handfield-Jones et Axelrod, 2001). Les travaux sur les communautés de pratique (Lave et Wenger, 1991 ; Wenger, 1999) sont d'ailleurs devenus un domaine de recherche à part entière. Nombreuses recherches ont porté sur les styles d'apprentissage que ce soit les liens entre les styles d'apprentissage et les styles de management, les processus de décision ou encore les processus de gestion des problèmes. Une partie de la littérature s'est intéressée aux facteurs influençant et modifiant les styles d'apprentissage individuels comme, par exemple, les types de personnalités, la formation initiale, les choix de professions ou encore le type de postes occupés et les capacités d'adaptation (Mainemelis et al., 2002). D'autres auteurs, principalement en éducation, se sont basés sur les styles d'apprentissage pour proposer des approches innovantes au sein des cursus scolaires ou universitaires (Murrell et Claxton, 1987). Enfin, les chercheurs en psychologie ont travaillé sur l'outil développé par Kolb en 1984. Outre certaines critiques sur sa validité de construit et de contenu, cela a permis de le raffiner d'abord en proposant quatre styles supplémentaires aux styles initiaux (Abby, Hunt et Weiser, 1985) puis en ajoutant le « balancing learning style » au début des années 2000 (Mainemelis et al., 2002) avant d'intégrer les 9 styles finaux au cercle de l'apprentissage expérientiel (Kolb et Kolb, 2005). En sciences infirmières, près d'une centaine de recherches ont été publiées depuis les années 1970 en lien avec l'apprentissage expérientiel et les styles d'apprentissage. Elles portent principalement sur les styles d'apprentissage des infirmières et leurs liens avec les méthodes d'apprentissage privilégiées, les capacités décisionnelles, les programmes éducatifs, les rôles et les spécialités infirmières privilégiés, les choix de carrière et les capacités

diagnostiques (Vinales, 2015 ; Coyle-Rogers and Putman, 2006 ; Rakoczy et Money, 1995 ; Laschinger, 1984, 1986, 1989,1990 ; Vaughan, 1990). La réflexion critique a par ailleurs aussi fait l'objet de plusieurs études récemment (i.e. Asselin, Schwartz-Barcott et Osterman, 2013 ; Leicher, Mulder et Beauer, 2013).

3.2. LES RECHERCHES SUR LES PARCOURS PROFESSIONNELS

L'intérêt pour les parcours professionnels dans la littérature professionnelle n'est plus à démontrer. Néanmoins, les études empiriques sur ce sujet, tel que nous le conceptualisons, sont encore limitées et il nous a été difficile de trouver des recherches sur ce sujet. Cependant, la littérature sur la socialisation ou sur les tensions de rôles ont offert des pistes de réflexion en mettant de l'avant des étapes de socialisation ou de stratégies individuelles d'adaptation (Feldman, 1976 ; Ahsforth, 2012 ; Pettigrew, 2012). L'objectif de cette recherche est plus global puisqu'il cherche à reconstituer et à donner du sens à un parcours au sens de Zimmermann (2014) qui le considère non seulement dans sa globalité, mais aussi dans sa qualité historique et relationnelle. Utiliser l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) s'est imposé alors à nous.

3.3. L'ANALYSE STRATEGIQUE COMME GRILLE D'ANALYSE

Le choix de l'analyse stratégique peut surprendre, pourtant, la force de ses concepts, l'analyse des dynamiques entre les acteurs et de leurs jeux relationnels se révèlent tout à fait pertinents pour décomposer des parcours et les éventuelles étapes dans un contexte complexe. En effet, les cherche à intégrer le point de vue de l'acteur dans les contraintes organisationnelles tout en reconstruisant la rationalité de sa conduite et constitue, en elle-même, une démarche de recherche à travers des concepts clés que sont le pouvoir, la stratégie, les zones d'incertitudes ou les jeux. L'analyse stratégique se caractérise par quatre points clés : elle se sert de l'expérience vécue des participants, exige une prise de recul et une distance critique, essaie de comprendre les pratiques observées et tente de reconstruire de l'intérieur la logique propre des situations telles qu'elles sont perçues et vécues par les acteurs eux-mêmes en découvrant les données implicites par rapport auxquelles les conduites prennent sens et signification. Cette attitude ouverte fondée sur une démarche qualitative et inductive est essentielle pour une étude exploratoire et donc totalement appropriée pour notre projet de recherche.

4. MISE EN CONTEXTE

4.1. LE NUNAVIK ET LA COMMUNAUTE INUITE

Le rôle infirmier étudié est joué dans la région du Nunavik de la Province du Québec au Canada. De la superficie de la France, le Nunavik est situé en territoire arctique et est peuplé de près de 12 000 Inuit vivant dans 14 villages répartis sur deux Baies. Seuls 4 villages comptent plus de 1000 habitants et tous sont uniquement accessibles par avion. La communauté inuite, très marquée par la politique d'assimilation canadienne durant le XXe siècle, fait actuellement face à une crise identitaire profonde et à une situation sanitaire difficile : le tabagisme, les addictions, les maladies chroniques, les accidents et les problèmes de santé mentale sont très présents et perpétués par la transmission intergénérationnelle du traumatisme historique vécu par les familles. Par ailleurs, la société inuite a une organisation sociale complexe (le pouvoir est situé) autour des familles élargies, la temporalité est circulaire (et non linéaire), le temps est rarement un facteur limitant et les perspectives sur la santé, les soins ou la maladie sont très différents de la perspective occidentale alors même que le système de soins est calqué sur le modèle des grandes villes québécoises. Enfin, les Inuit parlent majoritairement leur langue l'Inuktitut, très rarement maîtrisée par les infirmières : le patient comme le soignant utilisent leur langue seconde, souvent l'anglais, pour communiquer. Toutes ces particularités entraînent un choc culturel et psychosocial important pour les professionnels de la santé majoritairement québécois, allochtones et blancs. En outre, la prise en charge sanitaire de ces communautés est actuellement un sujet hautement politique et délicat au Canada : les Gouvernements sont entrés dans une démarche de réconciliation et la prise en charge des soins de santé ainsi que leur continuité sont reconnues comme un enjeu de santé publique. Comprendre les parcours des infirmières, c'est participer à la discussion actuelle sur l'organisation des soins de santé dans cette région.

4.2. L'ORGANISATION DES SOINS ET LE « ROLE ELARGI » DES INFIRMIERES

Historiquement les infirmières sont la pierre angulaire du système nordique : les soins de santé sont organisés autour des dispensaires des villages au sein desquels les infirmières offrent les soins de première ligne et sont le premier contact avec le patient. Selon la taille du village, l'équipe peut compter un ou deux médecins permanents, mais les infirmières peuvent être seulement deux dans un dispensaire avec un contact téléphonique avec le médecin basé dans un autre village. Le rôle que les infirmières jouent auprès des communautés est qualifié de

« rôle élargi » et a été peu étudié dans la littérature scientifique canadienne (Rahaman, 2014 ; Misener et al., 2008 ; Stewart et al., 2005). Cependant quelques caractéristiques ressortent des études : 1) c'est un rôle unique et spécifique au contexte du Grand Nord – il n'y a aucun équivalent dans le reste de la Province ; 2) il est difficile à définir et à circonscrire. C'est un rôle plastique, évolutif et ambigu, presque propre à chacune des infirmières qui le joue ; 3) il est intrusif : il existe un chevauchement entre vie professionnelle et privée ; 4) le spectre de pratique, de responsabilité et de clientèle est très étendu ; 5) le cadre organisationnel est faible ; 6) le système de missions exacerbe l'exigence d'ajustement et d'adaptation et engage une mise à l'épreuve des connaissances et des savoirs acquis, voire, une mise à l'épreuve de soi (Zimmerman, 2014) ; 7) le contexte est extrême à cause de l'isolement géographique, culturel, professionnel et personnel des soignants. Par ailleurs, les critères de recrutement sont restreints : les infirmières doivent avoir un minimum de 2 années d'expérience en soins critiques ou d'urgence ce qui est cohérent avec le contexte nordique compte tenu du plateau technique réduit et des cas critiques qu'elles ont régulièrement à prendre en charge dans les dispensaires (traumatismes et accidents graves). On leur offre une formation de deux jours sur les enjeux culturels ainsi qu'une formation d'un mois sur le rôle élargi et les actes médicaux délégués avant leur envoi en dispensaire. Si cette formation s'est structurée dans les dernières années, toutes soulignent le choc professionnel important à leur arrivée. Finalement, c'est un rôle qui engendre beaucoup de stress en raison de l'exigence physique et psychologique du rôle (le système de garde est très contraignant) ainsi qu'une accumulation de stress post-traumatique dû aux cas critiques. Concernant les pratiques RH, les missions durent entre 8 et 12 semaines, sont suivies de 4 à 8 semaines de vacances et n'ont pas toujours lieu dans le même village ; la rémunération est plutôt avantageuse (90 000 à 100 000 CAD et des primes allant jusqu'à 15 000 CAD annuels) et le critère de recrutement principal est d'avoir 2 ans d'expérience en soins critiques. En 2010, environ 140 infirmières (en équivalent temps plein) pratiquaient au Nunavik.

5. METHODOLOGIE

La nature exploratoire et inductive de cette recherche justifiait un devis qualitatif alliant analyse documentaire, entretiens semi-directifs et observation non participante. L'analyse documentaire a été effectuée en début de projet et avait pour objectif de nous familiariser avec la profession d'infirmière, la culture et la communauté inuite ainsi que les problématiques

psychosociales, culturelles et de santé des villages. Elle a été poursuivie tout le long de la recherche. Nous avons effectué des entretiens exploratoires (n=5), des entretiens principaux (n=31) et des entretiens confirmatoires (n=13). La totalité de nos entretiens a été enregistrée et retranscrite. Au total, nous avons mené 49 entretiens. Les entretiens exploratoires ont été menés auprès de quatre infirmières et un travailleur social ayant exercé au Nunavik. D'une durée moyenne de 90 minutes environ, ils avaient pour objectif de valider l'intérêt de la problématique, mais aussi de la circonscrire et de construire les grilles d'entrevues. Les entretiens principaux ont été menés auprès de 24 infirmières et sept acteurs connexes (Direction des soins infirmiers, médecin, recruteur, pharmacien, chef de programme, chargée de formation, travailleur social). D'une durée moyenne de 90 minutes, elles ont permis de comprendre en profondeur et en finesse leurs parcours professionnels et personnels auprès de la communauté inuite. L'observation non participante s'est effectuée en deux temps : d'abord, nous avons suivi la formation sur la culture inuite offerte aux nouvelles infirmières partant au Nunavik : pendant la journée, nous avons pu observer les dynamiques de groupe et les réactions des participants aux thématiques abordées (massacre des chiens de traîneaux, problématiques de santé, adoption traditionnelle...) et ensuite, nous avons effectué quinze jours d'immersion dans deux villages inuits. Puvirnituk, le plus gros village de la côte qui regroupe le seul hôpital de la côte (pour les soins secondaires) ainsi qu'un dispensaire (pour les soins primaires). Et Ivujivik, village le plus septentrional du Nunavik, qui ne dispose que d'un dispensaire au sein duquel travaillent uniquement deux infirmières. Nous avons donc suivi les infirmières dans leur quotidien professionnel (visites au dispensaire et à l'hôpital, visites à domicile, évacuation aérienne d'urgence, cas critiques), mais aussi personnel (courses à la COOP, dîners informels). L'objectif était de comprendre leurs enjeux quotidiens, de cerner les dynamiques avec la communauté, mais aussi de vivre l'expérience nordique. Au total, le chercheur a consigné près de 70h d'observation non participante formelle dans ses cahiers de bord et autant d'observations informelles. Les entretiens confirmatoires ont été menés auprès de 8 infirmières du premier échantillon sélectionnées pour leurs capacités réflexives. Se sont ajoutées deux infirmières, dont la première infirmière a exercé dans le dispensaire d'Ivujivik au début des années 1970, un ancien professionnel de la Direction Générale du Nouveau Québec, un anthropologue spécialiste du Nunavik et un médecin ayant plus de 20 ans d'expérience auprès de la communauté. Nous leur avons présenté nos premières analyses afin qu'ils puissent confirmer, infirmer, nuancer ou apporter de nouveaux éléments. La majorité de

nos infirmières partent exercer seules au Nunavik, elles ont entre 22 et 63 ans et leurs motivations sont essentiellement instrumentales : vivre l'expérience, se lancer un défi ou développer des compétences- notamment médicales- uniques à ce contexte. Notre échantillon était également réparti entre des infirmières ayant quelques semaines et cinq années d'expérience, entre 5 et 10 ans d'expérience et entre 10 et 15 ans d'expérience. Réfléchir en terme d'expérience est intéressant pour deux raisons : d'abord, car elles ne vivent pas les mêmes étapes de leurs parcours mais aussi parceque cela permet de comprendre l'évolution du rôle infirmier nordique depuis les années 70 et les relations avec les Inuit et les professionnels de santé.

6. ANALYSE

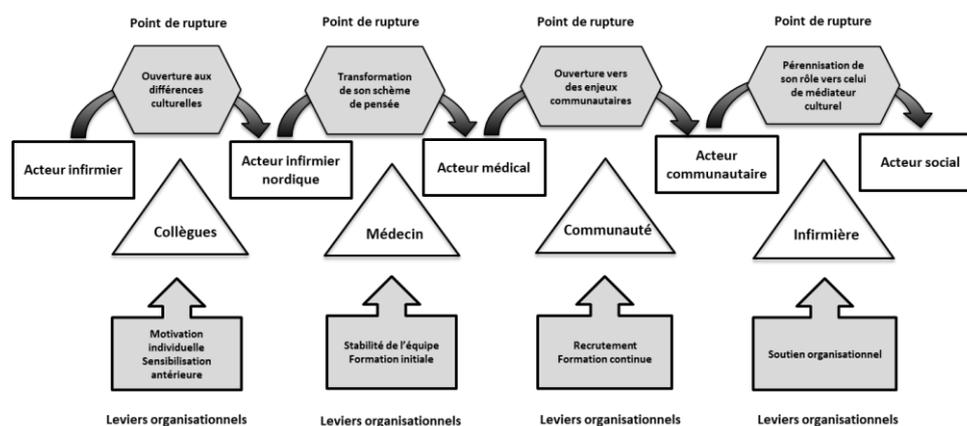
Notre matériau était à la fois complexe, abondant et recouvrant des situations très contingentes. Afin d'isoler certains thèmes ou de repérer certains cas critiques particulièrement illustratifs des parcours, nous avons procédé en deux temps, selon deux postures. Tout d'abord, nous avons effectué une analyse transversale de nos entrevues afin de repérer et d'isoler certaines thématiques spécifiques sur l'ensemble de notre échantillon. Cela nous a permis d'obtenir « une photo » de certaines thématiques constantes au sein de nos répondants (collaboration avec le médecin, évolution du rôle, dynamiques d'équipe, point de rupture, leviers organisationnels). Nous avons alors procédé à un codage de premier, second et troisième ordre afin de monter en abstraction. En revanche et par définition, ces données étaient décontextualisées et certaines variables individuelles étaient tronquées. Nous avons ensuite procédé à une analyse verticale des récits des infirmières afin de détailler certains cas révélateurs pris dans leur globalité. Cela nous a permis de réarticuler et de recontextualiser nos analyses et de fournir une analyse plus complète et pertinente du terrain étudié. L'intégralité des étapes du codage s'est faite à l'aide du logiciel Atlas Ti.

7. RESULTATS

Le schéma suivant présente le parcours-type des infirmières nordiques. A des fins pédagogiques, nous avons décidé de le présenter de manière linéaire, mais, dans la réalité, il ne l'est pas toujours : les points de rupture sont des moments clés qui peuvent avoir des conséquences diverses que nous expliquerons au fur et à mesure de la présentation en détail de ce parcours-type. Nous avons identifié 5 rôles différents (incluant celui d'infirmier classique

en début de parcours) donnant lieu à une redéfinition de son identité professionnelle, de son rôle au sein des équipes de soin et de la communauté. Sachant que ces « points de rupture » ou transition sont complexes, nous avons identifié des leviers organisationnels permettant d'aider l'infirmière dans cette construction (Figure 1).

Figure 1: Parcours professionnel type des infirmières nordiques



La première étape est de passer de rôle infirmier classique à celui d'infirmier nordique, c'est-à-dire offrant des soins infirmiers dans un contexte culturel et psychosocial différents. Il faut alors s'ouvrir à cette nouvelle culture et tenter de la comprendre. C'est le premier point de rupture. Dans les faits, le choc culturel est important : « c'est une vraie claque. C'est terrible. Après ça, elles sont obligées de s'adapter ou de partir » (E32), mais il est rare que les infirmières ne réussissent pas à intégrer quelques éléments culturels à leur pratique.

Ce sont des gens qui ne parlent pas beaucoup (E34). Il faut les rejoindre par le verbal, dans des activités, les jeux, les quizz (E11)

Le rôle des collègues est essentiel : forts de leurs expériences et de leurs connaissances des communautés, ils vont donner des conseils pour s'adapter rapidement.

[En dispensaire], il faut être capable de te faire une idée du diagnostic en cinq questions seulement. Ce sont mes collègues qui étaient là depuis 30 ans qui m'ont appris à poser les meilleures questions. Au tout départ, [cet infirmier] m'a prise sous son aile [...] il m'a protégée, il s'est montré disponible pour que je puisse m'appuyer sur lui quand j'étais prise au dépourvu. (E19)

Les leviers organisationnels sur lesquels s'appuyer sont la vérification de la motivation individuelle pour partir pratiquer en région nordique et la sensibilisation antérieure aux différences culturelles les plus flagrantes.

La deuxième étape du parcours se révèle lors de l'harmonisation du capital compétence afin de jouer son rôle élargi caractérisé notamment par une délégation de compétences médicales. Le deuxième point de rupture peut être alors vécu : certaines infirmières réussissent à acquérir les compétences nécessaires à une pratique nordique, avec toutes les incertitudes qui y sont associées, et d'autres y échouent. Elles doivent ainsi transformer leurs schèmes de pensée pour intégrer une perspective médicale dans leur prise en charge du patient. Elles pourront décider de rester sur leur rôle d'infirmière nordique (E25) ou de quitter la pratique (E33).

La dyade infirmière-médecin est essentielle et le médecin, souvent tuteur, parfois mentor, est alors primordial.

L'infirmier du Nord a un rôle de médecin de famille, mais dans des situations plus complexes, ça prend un capitaine. Et c'est le médecin (E44)

C'est l'infirmière qui est au centre des soins et le médecin est là en support (E29)

On fait beaucoup d'enseignement avec les infirmières, rarement formellement, mais au cas par cas, quand on révise un dossier avec elles (E31)

Les principaux leviers organisationnels identifiés lors de nos analyses sont la stabilité de l'équipe qui permet un transfert de connaissances et une collaboration, mais aussi l'expérience antérieure des infirmières. En ce sens, le choix actuel de privilégier les infirmières en soins critiques ou en urgence a toute sa place. Elles peuvent d'ailleurs avoir déjà eu une autonomie accrue au sein de ces services lors de leurs expériences dans des hôpitaux du Sud de la province, à Montréal ou à Québec par exemple (E09 ; E17 ; E20).

Le troisième point de rupture réside dans la capacité, ou non, de l'infirmière à s'adapter à l'environnement psychosocial et l'enjeu auquel elle est confrontée est alors de développer son rôle communautaire. Non seulement elle prendra la mesure de son importance, mais elle entrera dans une compréhension plus fine des dynamiques sociales des villages. Son intégration dans la communauté et la proximité avec les membres influents est alors cruciale.

Tu vas développer un lien autrement plus profond et dense pour être capable d'identifier les piliers [de la communauté]. C'est à force de connaître la communauté, les gens, la dynamique individuelle, sociale qu'on arrive à faire bouger les choses (E42)

Il est important de souligner que si les infirmières choisissent de ne pas transformer leur rôle, ou de lui donner ce nouveau sens, ne se traduit pas nécessairement pas le choix de quitter leur pratique nordique. Elles peuvent aussi choisir de rester, mais de ne pas développer ce pan de leur rôle et de rester à un rôle plus circonscrit – celui d'infirmier nordique (E05 ; E03). Les deux leviers sur lesquels l'organisation pourrait s'appuyer sont les critères de recrutement et la formation continue. Ainsi, s'il est essentiel que les infirmières soient en mesure de gérer des cas critiques, il semble que ce soit tout aussi important de s'assurer qu'elles s'intéressent aussi aux enjeux de santé communautaire (E04 ; E33 ; E23). Non seulement cela leur permettra de donner du sens à la complexité des problématiques de santé rencontrées, mais aussi de prendre des initiatives, avec les leaders des villages, pour favoriser la santé de la communauté et une prise en charge plus autonome des soins de santé (E10 ; E07). La formation continue peut permettre de les sensibiliser à cet enjeu communautaire, mais aussi de rester à jour sur les différentes problématiques de santé rencontrées au Nord. Cela permettrait aux infirmières de maintenir leur capital compétences lié à la prise en charge médicale des patients et les rassurer afin qu'elles se sentent prêtes à ouvrir leur perspective aux enjeux communautaires.

Finalement, nous avons identifié un dernier point de rupture qui réside dans la capacité, ou non, de l'infirmière à pérenniser son rôle et à le transformer en celui de médiateur culturel. Elle jouera alors son rôle social. Elle sera la propre actrice de son rôle nordique et le jouera pleinement. Par ailleurs, elle saura adapter le parcours de soins aux normes culturelles inuites.

J'ai fait 17 accouchements dans le Nord et la seule chose que je demandais aux jeunes mamans, c'est de se reposer et de ne pas laver le sol pendant 24 heures pour éviter les complications. Tu ne peux pas leur demander de s'arrêter deux semaines, il fallait s'ajuster à leurs modes de vie et à leurs façons de faire (E35)

Que veux-tu toi ? Tu veux mourir à Puvirnituk ? Veux-tu vivre à tout prix ou mourir dans ta communauté ? (E27)

[Avec] la connaissance de la communauté, on a un rôle d'échange et non d'expert/patient. On collabore (E37)

Cette réflexion autour de l'alliance entre médecine traditionnelle et médecine occidentale s'est d'ailleurs développée dans un programme pour les sages-femmes maintenant reconnu par le Ministère de la Santé du Québec et loué par l'OMS, notamment. En revanche, jouer son rôle social se traduit généralement par un engagement militant plus important. Les infirmières entrent dans une réflexion plus globale des enjeux de santé de ses communautés, plus critique de l'organisation des soins, voire même de leur rôle au sein de celui-ci. Cela peut les conduire à quitter la pratique nordique.

Ma lecture de la situation nordique en tant que citoyenne me dégoûte au plus haut point. J'ai un devoir citoyen d'en parler (E21)

J'ai décidé que non, ce n'est pas des conditions dans lesquelles je voulais travailler. On est au Québec, en 2017, pas en Afrique. Je ne suis pas une infirmière de brousse ou d'armée, je suis une infirmière en rôle élargi et pour moi, il y a une distinction (E42)

Par ailleurs, l'accumulation de stress et de traumatismes peut conduire les infirmières à quitter leur pratique en dispensaire ou à revenir à un rôle plus circonscrit. Les mots employés par ses infirmières sont particulièrement parlants : « j'étais en train d'y laisser ma peau » (E12). Je n'avais plus de stratégie pour gérer mon stress et mes émotions. Je n'étais pas moins compétente ou inapte, mais j'étais moins présente, moins engagée. [...] J'ai eu la sagesse de me retirer. Peut-être inconsciemment, mais au bon moment probablement. Je n'aurais pas pu fonctionner par la suite. (E21). Elles soulignent alors la solitude professionnelle vécue dans les villages et le manque de soutien de l'organisation, en particulier lors de la gestion des traumatismes.

Si des réunions post-mortem avaient été mises en place pour chaque situation problématique, je ne serais peut-être pas partie au bout d'un an et demi. Une collègue était dans un village où trois enfants se sont suicidés. Et personne n'est venu les soutenir [...] Personne ne lui a proposé deux semaines de vacances ou un soutien psychologique... Les gestionnaires n'y pensent pas et je ne me l'explique pas. (E17)

De plus, lorsque les situations dépassent leurs compétences et qu'elles « manquent de tout pour la gérer », elles doivent « vivre avec cette expérience ensuite » (E21). Le soutien de l'organisation semble alors crucial pour leur faire accepter qu'elles ont fait tout ce qu'elles ont pu. Le soutien devrait être au niveau psychologique, mais aussi dans l'organisation du travail et notamment des sorties ou des vacances : « à chaque retour de vacances, tu arrives avec une nouvelle fraîcheur. Il y a quand même une lourdeur accumulée, mais [...] tu te dis que tu es

capable de continuer au Nord » (E21). L'organisation peut aussi rappeler l'importance de leur présence et des soins qu'elles offrent à la population ainsi que les progrès des différents programmes communautaires qu'elles mettent en place. Les infirmières sont conscientes qu'elles avancent à petits pas et que les résultats de leurs interventions se verront sur le moyen et long terme : « chaque petite victoire est une victoire pour tous » (E03).

8. DISCUSSION

Cette étude avait pour ambition d'analyser les parcours professionnels des infirmières travaillant dans le Grand Nord québécois à travers une perspective sociologique et holistique. À l'aide des théories de l'apprentissage expérientiel et de la grille d'analyse – et méthode de recherche- de Crozier et Friedberg (1977) nous avons été en mesure de retracer un parcours type avec les différents rôles endossés par l'infirmière, les identités associées, mais aussi les points de rupture et les leviers organisationnels permettant de favoriser la linéarité du processus. On remarque bien que les points de rupture sont des passages qui peuvent être franchis ou non, mais s'ils ne le sont pas ne se traduiront pas nécessairement par la fin du parcours. Le rôle de l'infirmière sera plus circonscrit, son identité redéfinie et sa pratique redélimitée. Par ailleurs, l'apprentissage par l'expérience, selon Kolb, suit un cercle de quatre étapes. Certains auteurs citent son caractère a-contextuel comme une limite. Notre étude a l'avantage de mettre en avant un contexte très particulier qui vient rompre le cercle jusqu'ici considéré comme vertueux. En effet, deux variables le mettent à mal : l'espace réflexif et l'espace-temps. Ainsi, les infirmières sont souvent apolitiques, ou si l'on veut, peu conscientisées des enjeux du Nord, lorsqu'elles entrent dans leur parcours dans les dispensaires nordiques. Leurs motivations pour ce choix professionnel sont d'ailleurs essentiellement instrumentales : assouvir une passion, une vivre l'aventure nordique ou le désir de perfectionnement professionnel. Or, pour pratiquer pleinement leur rôle élargi, elles doivent entrer dans un processus réflexif autour des enjeux culturels, historiques et psychosociaux vécus par la communauté inuite. Elles s'ouvrent ainsi à la perspective communautaire et sociale de leur rôle. Ce processus réflexif est nécessaire dans leurs parcours et favorise la construction de leur rôle élargi. Pourtant, nos données montrent qu'il existe un point bascule dans ce processus : il peut s'accompagner d'une réflexion critique plus globale sur le système de soins nordique et le discours de certaines infirmières devient alors plus politisé et marqué idéologiquement. Ainsi, dans quelques cas dont il y aurait lieu de vérifier la représentativité,

cette capacité réflexive devient contre-productive puisque les infirmières choisissent des stratégies de diversification vers des rôles moins opérationnels (des rôles de gestion ou au sein des unités syndicales) voire quitteront la pratique nordique dans un devoir citoyen. On constate alors un désinvestissement du rôle élargi sur le terrain et, par conséquent, une forme d'arrêt de ce cercle vertueux de l'apprentissage expérientiel. L'apprentissage expérientiel a donc lieu dans un espace réflexif précis et défini au-delà duquel certaines infirmières choisiront d'arrêter ou, au moins, de réduire leur apprentissage. L'espace-temps se révèle être clé dans ce milieu extrême. Nous l'avons expliqué, le rôle élargi est un rôle complexe, exigeant et stressant dans lequel les infirmières vivent des situations traumatiques. Le stress joue un rôle important au sein de cet espace-temps puisqu'il est en grande partie à l'origine de la perte de motivation. On constate donc qu'il y a une pression temporelle à l'apprentissage et au développement du parcours, souvent liée au stress, et que le cercle vertueux de Kolb (1984), dans un environnement extrême, atteint ses limites. Ainsi, dans un tel contexte, le cercle de Kolb (1984) fonctionne, mais seulement dans un espace-temps défini et relativement court au-delà duquel les infirmières choisiront d'arrêter, ou du moins de réduire, l'étendue de leur rôle nordique. Par ailleurs, les différents points de rupture associés à des leviers organisationnels sont autant d'actions que les organisations peuvent prendre pour projeter les infirmières dans des parcours de formation voire des « carrières nordiques ». S'il est vrai que cette étude a été réalisée dans un contexte très spécifique, elle ouvre pourtant sur une réflexion bien plus large : celle de la réorganisation de nos systèmes de santé contemporains. En effet, l'approche essentiellement comptable montre aujourd'hui ses limites : crise de certains secteurs, crise des vocations du personnel médical, grèves et de nombreuses voix s'élèvent pour défendre la redéfinition des barrières professionnelles. Les prérogatives professionnelles des sages-femmes et des pharmaciens ont d'ailleurs évolué et la discussion actuelle se fait de plus en plus vive concernant celles des infirmières. Le système nordique nous montre que non seulement le jeu entre infirmière et médecin n'est pas un jeu à somme nulle, mais que le risque est totalement maîtrisé. En effet, chacune des deux parties monte en compétences et le patient n'est pas plus à risque que dans un milieu traditionnel. Cette étude ouvre donc des pistes pour l'élaboration d'un nouveau système de santé qui offre toute sa place et sa reconnaissance aux compétences des infirmières avec la recherche d'un équilibre entre professions médicales et paramédicales associée à un transfert de connaissances, en particulier dans le domaine de la prévention, du tri

des urgences, du suivi des maladies chroniques et peut-être dans la prise en charge des violences familiales, tout en sécurisant les pratiques professionnelles.

9. LIMITES ET CONCLUSION

Cette étude présente quelques limites. Pour des raisons éthiques – il est de plus en plus difficile de mener des recherches auprès des communautés autochtones du Canada- nous n'avons pas été en mesure de le faire, mais elle aurait bénéficié de l'apport de certains membres de la communauté. Nous aurions aussi pu prolonger notre démarche d'observation non participante au sein des dispensaires de la côte afin d'offrir un portrait plus précis de certaines dynamiques collectives ou dispositifs collectifs. Par ailleurs, nous nous sommes concentrés sur les infirmières, mais il aurait été intéressant d'interroger d'autres professionnels de la santé ou des travailleurs sociaux. Finalement, d'autres contextes qui envoient des professionnels de soins dans des contextes similaires, on peut ainsi penser aux organisations humanitaires, pourraient être étudiés. Poussées par les bailleurs de fonds, elles sont entrées dans un processus de professionnalisation nécessitant une réflexion approfondie sur les parcours – voire les carrières- de leurs membres. Finalement, cette étude souhaitait redonner sa place à une profession essentielle et trop souvent oubliée dans nos systèmes de santé contemporains, nordique ou non. La crise sanitaire actuelle nous offre une nouvelle piqûre de rappel.

Références

- Asselin, M. E., Schwartz-Barcott, D., & Osterman, P. A. (2013). Exploring reflection as a process embedded in experienced nurses' practice: a qualitative study, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69: 4, 905-914.
- Aubret, J. (2003). La validation des acquis de l'expérience, *Savoirs, revue internationale de recherches en éducation et formation des adultes*, Vol 1, 57-82
- Bosse, N. et Guégnard, C. (2007). Les représentations des métiers par les jeunes : entre résistances et avancées, *Travail, Genre et Société*, 2 :18, 27-46.
- Browne, A. (2009). Les discours influençant les perceptions des infirmières à l'égard des patients autochtones, *Canadian Journal of Nursing Research*, 41 :1, 166-191.
- Caroly, S. et Cholez, C. (2007). *Compétences individuelles et compétences collectives : regard croisé entre sociologie et ergonomie*, dans *Travail et reconnaissance des compétences*, W. Cavestro, C. Dureix et S. Monchatre (Eds.), Éditions Économica, Paris, 15-30.
- Carre, P. et Charbonnier, O. (2003). *Les apprentissages professionnels informels*, L'harmattan, Paris, 305 pages.
- Courtois, B. et Pineau, G. [dir.] (1991). *La formation expérientielle des adultes*, Paris : La Documentation française, 348 pages.
- Daudelin, M.W. (1996). Learning from experience through reflexion, *Organizational Dynamics*, 24:3, 36-48.
- Dewey, J. (1969). *Experience and Education*, New York Collier Books, 91 pages.
- Dupray, A., Guitton, C. et Monchatre, S. (2003). *Réfléchir la Compétence. Approches sociologiques, juridiques, économiques d'une pratique gestionnaire*, Toulouse, Octares Éditions, 272 pages.
- Elizenda, J-C. (2007). *Le rôle de l'apprentissage par l'expérience dans la transition vers un poste de direction* [Mémoire de maîtrise], HEC Montréal, 207 pages.
- Finger, M. (1989). « Apprentissage expérientiel » ou « formation aux expériences de vie » ? Apprendre par expérience, *Éducation permanente*, 100-101.
- Fraser, S. L. et Nadeau, L. (2015). Experience and representations of health and social services in Nunavik, *Contemporary Nurse*, 51:21, 286-300.
- Hall, D. (1995). Unplanned Executive Transitions and the dance of Subidentity, *Human Resources Management*, 34:1, 71-92.

Kelly, L. et Brown, J. B. (2002). Listening to Native patients- Changes in physicians' understanding and behavior, *Canadian Family Physician/ Le Médecin de famille canadien*, 48, 1645-1652.

Kirmayer, L., Tait, C. L. et Simpson, C. (2009). The mental health of aboriginal peoples in Canada: transformations of identity and community. In L.J. Kirmayer et G.G. Valaskakis (eds), *Healing traditions: the mental health of Aboriginal peoples in Canada*, Vancouver, Bc: University of British Columbia Press, 528 pages.

Knowles, M. (1990). *L'apprenant adulte : vers un nouvel art de la formation*, Paris, Les éditions d'organisation, 277 pages.

Kolb, A. et Kolb, D. (2005). Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education., *Academy of Management Learning and Education*, 4:2, 193-212.

Kolb, D. A., Boyatzis, R., & Mainemelis, C. (2001). Experiential learning theory: Previous research and new directions, In R. Sternberg and L. Zhang (Eds.) *Perspectives on cognitive learning, and thinking styles*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 286 pages.

Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning: Experience as a Source of Learning and Development*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 256 pages.

Le Boterf (2016). *Professionnaliser. Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*, 7è Ed, Groupe Eyrolles, Ressources Humaines, 170 pages.

Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change, *Human Relations*, 1:2, 5- 41.

Lochard, Y. (2007). L'avènement des savoirs expérientiels, *Revue de l'IREs*, no 55, p. 79-99.

Minore, B., Boone, M., Katt, M., Kinch, P., Birch, S. et Mushquash, C. (2005). Les effets du roulement du personnel infirmier sur la continuité des soins dans les communautés autochtones éloignées, *Canadian Journal of Nursing Research*, 37 : 1, 86-100.

Misener, R. M., MacLeod, M.L.P., Banks, K., Morton, A.M., Vogt, C. et Bentham, D. (2008). There's rural and then there's rural: Advice from nurses providing primary healthcare in northern remote communities, *Nursing Research*, 21:3, 54-63.

Piaget, J. (1977). *L'épistémologie génétique- Équilibration des structures cognitives, problème central du développement*, Presses universitaires de France, Paris, 9-47.

Tarlier, D. et Browne, A. (2011). Le programme de pratique infirmière en régions éloignées: la pratique infirmière et le personnel infirmier praticien considérés sous l'angle de la justice sociale, *Canadian Journal of Nursing Research*, 43 :2, 38-61.

Vukic, A. et Keddy, B. (2002). Northern nursing practice in a primary care health care setting, *Journal of Advanced Nursing*, 40:5, 542-548.

Vygotski, L. (1997). *Pensée et Langage*, 3ème Édition, Éditions La Dispute, 1997, 536 pages.

Wittorski, R. (2007). *De la fabrication des compétences*, Manuscrit publié dans « N/P », 15 pages.

Zimmermann, B. (2014). *Ce que travailler veut dire. Une sociologie des capacités et des parcours professionnels*, 2è eds, Collection Études sociologiques, 250 pages.