

# SOINS INFIRMIERS EN FIN DE VIE :

## les soins globaux comme moteur de sens

ISABELLE MARTINEAU, M. Sc. inf.  
Maison Michel-Sarrazin, Québec

CAROLINE BERGERON, B. Sc. inf. \*  
Maison Michel-Sarrazin, Québec  
cbergeron@michel-sarrazin.ca

Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'au Québec la profession infirmière se retrouve au cœur des tourmentes. De la pénurie de main-d'œuvre, tant décriée malgré une hausse sans précédent des inscriptions au tableau de l'Ordre, jusqu'aux nombreux débats entourant la nature de la discipline (Dallaire et Aubin, 2008), la profession infirmière est en crise. Sur le terrain, les infirmières soignantes qui assurent les services aux malades sont souvent décrites dans les médias comme étant « surmenées », « épuisées », en « détresse » ou « au bout du rouleau » (Duchaine, 2008 ; Sabourin, 2008 ; Tremblay, 2009). Plusieurs facteurs contribuent assurément à cette situation déplorable qui, de surcroît, perdure depuis plusieurs années. Parmi ceux-ci, mentionnons les réformes successives du système de santé, la surcharge de travail et la multiplication des heures supplémentaires obligatoires.

Mais au-delà de ces imposants problèmes organisationnels, se pourrait-il que d'autres facteurs puissent ajouter à l'épuisement et à la démotivation

des infirmières ? Par exemple, la « perte de sens » amenée par la récente reconfiguration du champ d'exercice des infirmières pourrait-elle être un fardeau ? Ce questionnement a fait jaillir toute une réflexion au sein d'une équipe d'une vingtaine d'infirmières travaillant en soins palliatifs à la Maison Michel-Sarrazin, un établissement privé de 15 lits situé à Québec.

La pratique infirmière à la Maison Michel-Sarrazin (MMS) a ses spécificités. Tout en côtoyant la mort et la souffrance de façon quotidienne, les infirmières y prodiguent les soins d'après un modèle organisationnel qui tend actuellement à disparaître dans le réseau de la santé : les soins « globaux ». Concrètement, l'appellation « soins globaux » désigne un système où l'ensemble des soins requis par les malades sont donnés exclusivement par des infirmières. Cela inclut donc les soins qui, dans un autre établissement et en vertu de l'actuel code des professions, seraient confiés aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires. Il est intéressant de

---

\* **Infirmières et infirmiers ayant collaboré à l'élaboration de l'article :** Christian Auger, Nancy Boily, Yves Bonenfant, Marie-Pier Cadotte, Lynda Deschamps, Louise Duddin, Anne Dussault, Thérèse Faucher, Pascal Gilbert, Marthe Hallé, Carole Labbé, Serge Laverdière, Jeanne-D'Arc Lepage, Marie-Hélène Lévesque, Sylvie Lévesque, Pierrette Marquis, Johanne Moreau, Huguette Nadeau, Sonia Servant, Marie Simard, Colette Soulard, Estelle Touchette

constater combien la Maison Michel-Sarrazin réussit à retenir son personnel. À l'ère des primes de rétention à l'intention des infirmières (Lévesque, 2009) et des retombées de la loi 90, dont l'élargissement du rôle infirmier et la valorisation des « super-infirmières » (Desrosiers, 2007), la Maison Michel-Sarrazin réussit à préserver l'enthousiasme de son personnel infirmier sans pourtant offrir de tels incitatifs. Il semble que la pratique globale y fait pour beaucoup en permettant à la fois de protéger l'essence du travail d'accompagnement et d'éviter les écueils d'une pratique soignante fragmentée.

Voici donc le témoignage de ces infirmières qui tiennent à préserver leur pratique et qui assurent un incontestable leadership clinique dans leur milieu. Leurs propos, recueillis à l'occasion d'une rencontre d'équipe, seront intégrés ici dans une réflexion plus large sur la mutation que connaît actuellement la pratique infirmière.

## LA PIERRE ANGULAIRE DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE : LE « SOIN »

« Je veux être au chevet ! J'ai fait mon cours pour cela. Je veux soulager les gens ! »

Cette affirmation d'un infirmier de la MMS traduit souvent l'état d'esprit qui motive les orientations de carrière vers les soins infirmiers. Comme le « prendre soin » est au cœur même de la discipline (SFAP, 2005), les aspirantes infirmières se projettent souvent d'abord et avant tout comme des soignantes au chevet des personnes éprouvées par la maladie. « Soigner », « prendre soin », « prodiguer des soins », sont autant d'expressions qui rallient les infirmières et habitent leur discours tout en demeurant, paradoxalement, difficiles à conceptualiser. Dallaire et Dallaire (2008) en ont fait l'exercice en décortiquant et en définissant la nature des « soins infirmiers ». Selon leur classification, les grandes fonctions infirmières recourent des soins infirmiers (1) « généraux » et (2) « techniques ». Les soins infirmiers généraux sont ainsi décrits :

[Ils] englobent tout ce qui permet la vie : respirer, manger, boire, se laver, établir des liens avec les autres, etc. Habituellement, une personne s'occupe elle-même de ces soins. Cependant, dans une situation d'incapacité, ils pourront être dispensés par des infirmières (...) (p.267).

Parmi les soins dont il est question ici, les soins d'hygiène sont cités en exemple. Ils permettent « d'entretenir la vie », pour reprendre l'expression de Collière (1996). Quant aux soins techniques, ils font davantage référence aux soins de « réparation » et comportent différentes responsabilités ou activités comme la réfection de pansements, la surveillance clinique requise à la suite de l'administration de la médication, l'application d'un protocole spécifique, etc.

D'autres fonctions sont aussi rattachées à la profession infirmière : la supervision, la coordination, la collaboration et l'éducation. Mais, entre toutes, Dallaire et Dallaire (2008) affirment que le fait de « prodiguer des soins » (généraux et techniques) demeure la fonction *fondamentale* des infirmières.

Or, depuis quelques années, dans les établissements de santé québécois, la participation des infirmières à ces soins généraux et techniques a considérablement diminué au profit des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. Dorénavant, on attend plutôt des infirmières qu'elles s'investissent dans les « suivis thérapeutiques » et les « situations complexes » de soins, qu'elles s'impliquent davantage dans les tâches de coordination ou de supervision des équipes de soins et qu'elles participent aux rôles *élargis* comme celui de l'infirmière praticienne (OIIQ, 2003). Il s'agit là d'une tendance observée non seulement au Québec, mais ailleurs au Canada et dans tout l'Occident (Jinks et Hope, 2000). Plusieurs arguments soutiennent cette restructuration des soins, dont des motifs d'ordre administratif.

## LES IMPÉRATIFS ÉCONOMIQUES OBSERVÉS

Dans un article publié dans le journal *Le Soleil* de Québec, un gestionnaire d'établissement de santé affirmait : « Avec la pénurie de personnel, les centres d'hébergement n'ont plus les moyens de payer des infirmières pour donner des bains. » (Gaudreau, 2009) Comme lui, plusieurs gestionnaires, tant dans les services de première ligne que dans les centres de soins aigus, ont révisé leur structure de soins pour y inclure davantage de préposés aux bénéficiaires et d'infirmières auxiliaires. La pénurie de ressources humaines et financières agit donc comme moteur de ces changements.

Cette restructuration des soins répond certes aux impératifs économiques. Cependant, elle ne correspond pas toujours à la pratique que souhaiteraient nombre d'infirmières. Aiken (2001) rapporte qu'en présence de ces bouleversements organisationnels les infirmières manifestent leurs insatisfactions quant au déclin de la qualité des soins infirmiers et à l'alourdissement de leur charge administrative. Acker (2004) abonde dans le même sens dans un article commentant la crise vécue par les infirmières françaises et fait un parallèle avec la situation des infirmières en Amérique du Nord. L'auteure rapporte, entre autres, une analyse des dernières réformes hospitalières conduites aux États-Unis :

(...) les efforts de restructuration visent une amélioration de l'efficacité économique. Il s'agit de réduire les coûts hospitaliers en remplaçant une partie du personnel qualifié par du personnel moins diplômé et par des « aides » pour les activités qui ne requièrent pas le niveau de compétence le plus élevé (...). [Cette restructuration] se traduit par un retour à un travail plus émietté, avec une augmentation des activités de soins indirectes (planification, coordination) (...). Elle engendre un sentiment de perte et d'insatisfaction. Les infirmières se plaignent de ne plus pouvoir délivrer des soins qui aient du sens. (p. 64).

Le témoignage rendu par les infirmiers et infirmières de la MMS, au sujet des milieux traditionnels de soins qu'ils ont quittés, illustre cette fragmentation des soins doublée de responsabilités administratives accrues.

« J'ai quitté l'hôpital après 4 jours. C'était juste de la paperasse! »

« Comment garder une vision globale des patients, quand tu en as 34! Impossible! Sans compter l'augmentation de la paperasse... Où est-ce que ça va s'arrêter? »

Si la pénurie de ressources humaines et matérielles peut être invoquée pour justifier la moins grande participation des infirmières aux soins « directement » prodigués aux malades, la situation n'est cependant pas sans susciter des inquiétudes quant aux conséquences de ces changements fondamentaux de rôles. Particulièrement dans un contexte de soins palliatifs, où l'importance de l'accompagnement est au premier plan, il est peut être légitime de craindre une érosion du sens de la pratique infirmière.

La philosophie des soins palliatifs, pierre d'assise pour tout intervenant en soins palliatifs, appelle les infirmières à accompagner le malade à travers les soins prodigués. Pour ce faire, il va de soi que celles-ci doivent avant tout dispenser des soins, sans quoi, l'incongruité devient patente et l'accompagnement impossible. Dans cet ordre d'idées, le psychiatre François Bauman (1999) écrit : « La relation thérapeutique obéit, on le voit, aux règles de toute relation humaine. Singulière, régie par le temps qui passe et soumise aux particularités psychologiques et physiques des deux protagonistes. » (p.49) Cette citation met en exergue les ingrédients essentiels à une véritable relation d'accompagnement dont le temps passé en présence l'un de l'autre. Ce temps qui ouvre sur un espace de construction commune où s'établit la relation soignant-soigné, la relation infirmière-malade, et qui devient une condition *sine qua non* pour espérer répondre à la souffrance humaine. Comme l'affirme Marcoux (2001) : « Les souffrances exprimées

(...) [la douleur, l'essoufflement, les nausées, la tristesse, l'angoisse, l'épuisement de l'entourage, la fatigue, la perte d'appétit et de poids, les arrêts de travail répétés, les pertes de rôles, le malaise du regard d'autrui qui ne sait plus quoi dire] ne demandent pas, le plus souvent, une réponse technique, mais une réponse relationnelle. » (p. 41-42) Voilà pourquoi le fait de réduire la présence de l'infirmière au chevet des malades, peut assurément conduire à une érosion de la relation au malade et, ultimement, du sens inhérent à la pratique infirmière.

Bien entendu, la réforme actuelle de la pratique infirmière est complexe et repose sur des impératifs multiples, qui dépassent les simples contraintes budgétaires. Entre autres, les instances corporatives et législatives ont elles aussi grandement promulgué cette nouvelle pratique. Par conséquent, elles doivent être prises en considération dans la présente réflexion.

## LES ORIENTATIONS LÉGISLATIVES ET CORPORATIVES ACTUELLES

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (projet de loi 90), adoptée par le gouvernement québécois en 2003 et qui « prévoit un nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé » (2002), a joué un rôle prépondérant dans la réorganisation de la pratique infirmière. Dans un document explicatif intitulé *Notre profession prend une nouvelle dimension* (OIIQ, 2003), l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec a présenté cette nouvelle loi comme l'occasion d'une « avancée considérable » pour la profession. Au cœur des bénéfices recherchés se trouve la reconnaissance accrue du jugement clinique des infirmières dans l'évaluation des patients :

L'évaluation de la condition physique et mentale des personnes symptomatiques devient l'assise de l'exercice et distingue les infirmières et les médecins des autres professionnels (...).

Selon l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers, il appert que le fait de « prodiguer des soins infirmiers » continue de faire partie du rôle des infirmières. Cependant, la description des quatorze activités qui sont maintenant réservées aux infirmières demeure peu éloquente à ce sujet. Ainsi, on ne parle pas de « prendre soin » des patients ou d'« accompagner » les malades. On y trouve plutôt les actions « d'initier » des mesures thérapeutiques ou diagnostiques selon une ordonnance, ou « d'assurer un suivi » auprès de certaines clientèles présentant des problèmes de santé « complexes ». La fonction fondamentale du « soin » semble laissée en filigrane. Sur le terrain, ces transformations ne sont pas sans conséquence. Elles métamorphosent l'esprit du travail infirmier et plusieurs soignantes ont maintenant peine à réconcilier leurs valeurs professionnelles avec les bouleversements qu'a connus leur pratique.

« Maintenant, les infirmières sont assises à leurs dossiers. Ce sont les préposés qui leur disent ce qui se passe : Ton soluté est fini, ton patient a mal. On assiste à la mutation des rôles ! »

« Soigner comme on l'entend aujourd'hui, ce n'est plus soigner. À la base, être infirmière, ce n'est pas ça ! »

## LE MAINTIEN DE LA PRATIQUE GLOBALE ET LA RECHERCHE DE SENS

Compte tenu de son expérience, l'équipe rencontrée croit nécessaire de préserver une pratique globale. De prime abord, cette volonté pourrait être perçue comme une réticence à assumer pleinement le nouveau champ d'expertise des infirmières. En effet, dans la foulée de la Loi, (projet de loi 90) on précise aux infirmières qu'« elles pourront concentrer leur énergie sur les activités qui nécessitent véritablement leur compétence, car elles recevront de l'aide pour certaines tâches ». (OIIQ, 2003). Dans cette optique, privilégier un modèle de pratique globale peut sembler incongru. Toutefois, aux yeux des infirmières

consultées, la redéfinition du champ d'exercice n'est pas nécessairement synonyme d'une bonification de la qualité des soins ni d'une amélioration des conditions de l'exercice infirmier :

« J'ai quitté l'hôpital parce que je n'avais plus l'impression de prendre soin. Il fallait que je me cache pour faire certains soins. Comme un massage des trapèzes à un jeune accidenté qui était anxieux. »

« [Des préposés aux bénéficiaires et des infirmières auxiliaires d'ailleurs] m'ont rapporté les difficultés qu'ils rencontrent. Si le préposé remarque quelque chose [en faisant un soin], il en parle à l'infirmière auxiliaire ou à l'infirmière et avant que ça se règle, ça peut prendre du temps. C'est difficile pour tout le monde ! Pour le malade, c'est compliqué de s'y retrouver (...). »

Par leurs témoignages, ces infirmiers et infirmières de la MMS démontrent combien, pour assumer intégralement et efficacement leur rôle, elles ont besoin de maintenir une proximité avec leurs patients. Or, une approche de « soins globaux » leur permet cela, non seulement à travers les soins du corps mais aussi par la multiplicité des rencontres avec le malade au moment de lui administrer sa médication ou de lui prodiguer d'autres traitements. Expérimenter ainsi les soins infirmiers est assurément en droite ligne avec les convictions de théoriciennes incontournables dans la formation infirmière comme Virginia Henderson. En effet, cette dernière confirmait la nécessité d'un rapport étroit au malade : « L'observation continue et l'interprétation des réactions du malade, confrontées à la façon dont le malade envisage l'aide qui lui est nécessaire et l'action qui en découle, sont garantes de la meilleure efficacité des soins. » (Henderson, 1994) Autrement dit, dans cette perspective, le bien-fondé des soins émerge à travers le rapport entre le malade et son infirmière. Il s'agit en quelque sorte d'une « cocréation », pour reprendre l'expression de Rosemarie Parse (2003). Cette conception des soins infirmiers se retrouve au cœur des témoignages recueillis :

« Les soins globaux permettent des rapprochements avec le patient et constituent une banque de données incommensurable pour l'évaluation ! »

« [Ici], j'ai un rôle privilégié parce que je me trouve dans l'intimité des malades, je vis une proximité. Il faut garder cette proximité pour savoir ce qui ne va pas. »

Des 25 infirmières qui constituent le personnel le plus régulier de la MMS, une dizaine a choisi préalablement de quitter le réseau public de la santé. Certaines de ces infirmières se questionnent sur la congruence inhérente à la conception des nouveaux rôles attribués à l'infirmière. Par exemple, comment concilier le fait que l'infirmière est responsable de « l'évaluation de la condition clinique et mentale des patients » alors qu'elle les côtoie de moins en moins longtemps et plus sporadiquement ? De quelle façon pourra-t-elle conserver une réelle vision « globale » de ses malades, alors qu'on lui demande de morceler ses soins ? Peut-on espérer que l'infirmière assurera un leadership clinique et qu'elle développera et maintiendra sa compétence professionnelle quand elle sera en bonne partie dépendante du regard d'autres intervenants sur l'état de ses patients ? Des intervenants qui, de surcroît, jouissent d'une formation initiale moins étoffée et qui naviguent dans un système de soins se complexifiant. Et en bout de ligne, quelles seront les conséquences de ces restructurations des soins sur les patients ?

Il ressort ici combien une pratique infirmière significative et efficace passe d'abord par une présence soutenue auprès des malades. Ce constat rejoint d'ailleurs les convictions de certains infirmiers et infirmières de la MMS :

« Ce qui fait que je me sens bien, c'est de prendre le temps avec le malade, d'avoir de belles interactions. »

« Les soins globaux m'ont réconciliée avec les soins infirmiers. Je me reconnais là-dedans. (...) Nos malades savent le nom des infirmières qui les traitent. C'est tellement rassurant pour les patients. »

« Moi aussi j'ai fait ça (profession infirmière) pour voir les patients. Je suis globale en donnant des soins globaux. »

Sans cet ingrédient essentiel qu'est la présence constante auprès du patient, une présence invitant au développement d'une relation et à l'exploration de la perspective du malade, le travail des infirmières risque de devenir rapidement insipide voire insensé.

## LA CONCLUSION

Le « prendre soin », l'activité fondamentale des infirmières, est présentement mis à rude épreuve par les enjeux économiques, corporatifs et législatifs. Pourtant, les soins infirmiers, lorsqu'ils sont vécus dans leur essence, contribuent certainement à motiver les soignants. La présence continue au chevet des malades apparaît non seulement garante du sens de la pratique infirmière, mais s'avère par-dessus tout « indispensable pour le mieux être des personnes dont nous prenons soin ». (Lavoie, 2008, p.16) Dans cette optique, une structure de soins « globaux » apparaît comme la voie à privilégier pour maintenir des soins infirmiers palliatifs vivifiants.

## RÉFÉRENCES

- Acker, Françoise. « Infirmières en crise? », *Mouvements*, no 32, mars/avril 2004, p. 60-66.
- Aiken, L. H., S. P. Clarke, D.M. Sloane, J.A. Sochalski, R. Busse, H. Clarke et autres, « Nurses' reports on hospital care in five countries », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai/juin 2001, p. 43-53.
- Bauman, F., « Qu'est-ce que la relation thérapeutique? », Collectif *Principe d'éthique médicale*, dirigé par H. Brunswic et M. Pierson, Paris, Vuibert, 1999.
- Collière, M.-F. *Soigner, le premier art de la vie*, Paris, Interéditions, 1996.
- Dallaire, C. et M. Dallaire, « Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières », dans C. Dallaire (dir.), *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 2008, p. 265-312.
- Desrosiers, G. « La loi 90: des retombées pour l'ensemble des infirmières », *Perspective infirmière*, vol. 4, n° 3, janvier/ février 2007, p. 6-8.
- Duchaine, G., « Infirmières au bout du rouleau », *Le Journal de Montréal*, 31 juillet 2008.
- Gaudreau, V., « Fini les infirmières qui font des bains », *Le Soleil*, 12 juillet 2009, p. 2-3.
- Henderson, V., *La nature des soins infirmiers*. Éditions ERPI, Saint-Laurent (InterEditions, Paris pour l'édition française), 1994. Présentation des textes, chronologie biographique et notes explicatives par Marie-Françoise Collière. L'édition originale de *La Nature des Soins Infirmiers* a été publiée sous le titre *The Nature of Nursing. A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education*, The Macmillan Company, New-York, 1966.
- Jinks, A.M. et P. Hope, « What do nurses do? An observational survey of the activities of nurses on acute surgical and rehabilitation wards », *Journal of Nursing Management*, n° 8, 2000, p. 273-279.
- Lavoie, M., « La contribution de la théorie de l'humain en devenir au développement des soins palliatifs », *Les Cahiers francophones de soins palliatifs*, vol. 8, n° 2, 2008, p. 9-17.
- Lévesque, L., « Des primes pour garder les infirmières au travail », *La Presse canadienne*, 30 juin 2009.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé [Loi 90]*, L.Q.2002, c.33.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c.1-8.
- Marcoux, H., « Le dialogue, un enjeu important pour les soins palliatifs dans le contexte de la médecine technique », *Les Cahiers de soins palliatifs*, vol. 3, n° 1, 2001, p. 39-54.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], *Notre profession prend une nouvelle dimension. Des pistes pour mieux comprendre la loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique*, Montréal, OIIQ, 2003.

Parse, R.R., *L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie* [trad. Francine Major]. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003.

Sabourin, C., « Les infirmières au bord de l'épuisement », *La Presse*, 1<sup>er</sup> août 2008.

Société française d'accompagnement et de soins palliatifs [SFAP]. *L'infirmier(e) et les soins palliatifs. « Prendre soin » : éthique et pratiques*, Paris, Masson, 2005.

Tremblay, E., « Près d'une infirmière sur deux éprouve une détresse psychologique élevée », *L'Hebdo Journal*, 12 mai 2009.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aiken, L. H., S. P. Clarke et D. M. Sloane, « Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? », *Journal of Nursing Administration*, vol. 30, n° 10, 2000, p. 457-465.
- Aiken, L. H., S. P. Clarke, D. M. Sloane, et autres, « Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction », *Journal of American Medical Association*, vol. 16, n° 288, 2002.
- Alderson, M., E. Morin, J. Rhéaume, M. Saint-Jean et F. Ouellet « La réorganisation du travail infirmier en soins de longue durée: une nécessaire évaluation en termes d'impact sur le sens du travail et la santé mentale des infirmières », *Santé mentale au Québec*, vol. 30, n° 2, 2005, p. 345-358.
- Benhabrou-Brun, D., « Surveillance clinique – De sérieuses lacunes! », *Perspective infirmière*, vol. 5, n° 3, janvier/ février 2008, p. 8-9.
- Berney, V., A. Marazzi et J.-B. Wasserfallen, « Évaluation de la satisfaction des infirmiers (ères): développement et validation d'un nouvel outil d'analyse », *Recherche en soins infirmiers*, n° 71, décembre 2002, p. 63-70.
- Bougie, M. et C. Cara, « Le temps supplémentaire obligatoire », *Perspective infirmière*, vol. 5, n° 8, novembre/ décembre 2008, p. 32-40.
- Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a.94). *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire*. c. C-26, r.109.5.
- Collière M-F., *Promouvoir la vie – De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Masson, 1998.
- Dallaire, C. et K. Aubin, « Les soins infirmiers, les sciences infirmières ou la science infirmière », dans C. Dallaire (dir.), *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 2008, p. 3-26.
- Desrosiers, G., « Libérer les talents », *Perspective infirmière*, vol. 6, n° 2, mars/avril 2009, p. 33-48.
- Desrosiers, G., « La pénurie d'infirmières – des choix à faire de toute urgence », *Le Journal de L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, vol. 5, n° 3, janvier/ février 2008, p. 2.
- Estry-Behar, M., J.-F. Négri et O. Le Nézet, « Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail », *Droit Déontologie et Soins*, vol. 7, n° 3, septembre 2007, p. 308-327.
- Kikuchi, J. F., « A Return to Diploma-Prepared Registered Nurses », *Nursing Leadership*, vol. 22, n° 3, 2009, p. 26-32.
- Lawler, J. *La face cachée des soins – Soins au corps, intimité et pratique soignante* [traduction française de *Behind the screens, Nursing, somology and the problem of the body* (1991). Préface de la version française par Marie-Françoise Collière], Éditions Seli Arslan, Paris, 2002.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Les infirmières praticiennes spécialisées: un rôle à propulser, une intégration à accélérer – Bilan et perspectives de pérennité*, Montréal, OIIQ, 2009.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence!*, Montréal, OIIQ, 2007.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Le plan thérapeutique infirmier – La trace des décisions cliniques de l’infirmière – Application de la loi 90*, Montréal, OIIQ, 2006.
- Parker Shannon, V.J., « La profession infirmière dans un contexte organisationnel renouvelé », dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 2002, p. 97-121.
- Phaneuf, M., « L'épuisement professionnel : perdre son âme pour gagner sa vie », [En ligne] [www.infiressources.ca], 2007, p. 1-12.
- Put, M., « Le soin et la présence », Conférence au Centre de bioéthique, Université catholique de Lyon, 4 avril 1995. *Bulletin de l'institut catholique de Lyon*. Juillet-Décembre 1998 n° 122-123, p. 45-59.
- Spilsbury, K. et J. Meyer, « Use, misuse and non-use of health care assistants : understanding the work of health care assistants in a hospital setting », *Journal of Nursing Management*, n° 12, 2004, p. 411-418.
- Tillard, B., « Anne Véga. Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier » (Livre paru aux Éditions des archives contemporaines, 2000), *L'Homme*, n° 173, 2005, p. 263-265.
- Tremblay, E., « Près d'une infirmière sur deux éprouve une détresse psychologique élevée », *L'Hebdo Journal*, 12 mai 2009.