

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ORGANISATION DU TRAVAIL, IDENTITÉ PROFESSIONNELLE ET RELATION
D'AIDE : ENQUÊTE AUPRÈS DE QUATRE INFIRMIER.ÈRE.S CLINICIEN.NE.S

MÉMOIRE DE RECHERCHE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR

MARIE MARTIN

MAI 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

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

REMERCIEMENTS

Après tant d'heures passées à travailler sur ce mémoire, à la bibliothèque et dans le métro, à la maison et dans l'avion, il est (enfin) terminé !

Je remercie mon directeur de recherche, Sid Ahmed Soussi, professeur titulaire au Département de Sociologie de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM), pour son accompagnement tout au long de ce travail de recherche.

J'ai une pensée toute particulière pour Marcelo Otero, professeur au Département de Sociologie de l'UQÀM, qui n'aura, à mon grand désarroi, ni l'occasion de lire les dernières lignes de mon mémoire, ni les remerciements sincères que je lui adresse concernant ses précieux conseils suite à la correction de mon projet de mémoire, et grâce auxquels il aura apporté sa pierre à mon édifice.

Je remercie aussi Josie-Anne Lacoste, agente à la gestion des études de cycles supérieurs au Département de Sociologie de l'UQÀM, pour sa patience et ses bons conseils.

Je me dois aussi et surtout de remercier les quatre merveilleux répondants, infirmiers et infirmières au CHUM, qui m'ont consacré quelques heures de leur précieux temps pour répondre à mes questions et me permettre de faire voir le jour à ce mémoire. J'espère avoir réussi, dans mes mots, à retranscrire ne serait-ce qu'une partie des enjeux auxquels vous faites face, des histoires dont vous m'avez fait part, des expériences que vous avez vécues. Merci pour votre sincérité et votre confiance.

Finalement, je remercie ma famille et mes amis sans qui cette aventure n'aurait pas été possible et dont le soutien sans failles me porte chaque jour un peu plus loin.

À ma maman, ma source inépuisable d'amour, de courage, de soutien et d'idées et mon papa, qui ne cesse jamais de croire en moi et de me répéter que je vais y arriver, merci ! Je ne pourrais jamais vous dire combien je suis reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci de m'avoir encouragée à partir si loin de vous pour vivre mon aventure québécoise.

À mon frère, ma source de bonheur, merci d'être présent, de près ou de loin, à chaque fois que j'en ai besoin.

À ma mamie et mon papy, merci de toujours, toujours croire en moi.

À mon mari, mon rayon de soleil, merci pour ta joie de vivre, ta patience et ton soutien.

Finalement, à mes chers amis, David, dont je n'oublierai ni les relectures ni les précieux conseils, Leyna, Julian et Lucile, merci de faire partie de mon équation au quotidien.

AVANT-PROPOS

À travers ce mémoire de maîtrise, marquant la fin de mon programme en sociologie, je me suis intéressée à un domaine dont je suis particulièrement proche, celui des soins infirmiers. La profession d'infirmière m'interpelle tout particulièrement parce que c'est celles que mes parents occupent et que j'y suis baignée depuis toujours. Cependant, elle représente aussi une population pour laquelle j'ai une estime toute particulière. Nous verrons au travers de ce mémoire comment, depuis ses plus lointaines ramifications jusqu'à nos jours, la profession infirmière a évolué sans toutefois perdre son essence, l'humanité. L'objectif principal de cette recherche était avant tout de donner la parole aux infirmières et aux infirmiers qui soignent la population quotidiennement quant à la relation qu'ils entretiennent tant avec leur profession qu'avec leurs patients. La relation d'aide est en effet l'un des aspects qui me semble primordial au cœur de ce métier aux multiples facettes. Plusieurs difficultés se sont dressées devant moi au cours de ce travail de recherche, à commencer par les obligations migratoires, ayant posé des limites temporelles importantes. Pour cette première raison, la recherche n'est pas ce qu'elle aurait dû être, mon terrain a subi d'importantes modifications, comme la suppression du volet quantitatif de ma recherche. J'ai aussi dû faire face à un manque de répondants probablement lié au mouvement de grève des infirmières et des infirmiers du Québec pendant toute ma période de collecte des données. Les résultats que je présente dans ce mémoire ne représentent donc qu'une infime partie de la population infirmière québécoise. J'ai aussi dû restreindre mon choix de terrain à un seul établissement hospitalier, considérant les conditions socio-structurelles pendant la longue période de négociations entre le syndicat et le gouvernement.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
AVANT-PROPOS.....	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Pertinences sociales et scientifiques.....	5
CHAPITRE 2 REVUE DE LA LITTÉRATURE	7
2.1 Qui sont les infirmières ?.....	7
2.1.1 Les origines du métier d’infirmière	7
2.1.2 L’institutionnalisation et la professionnalisation des pratiques médicales	9
2.1.3 Division sexuelle du travail de soin	10
2.1.4 Et au Québec ?.....	11
2.1.5 Les enjeux autour de la profession infirmière	13
2.2 Le rôle et la place de l’infirmière dans le monde contemporain	18
2.2.1 Le rôle de l’infirmière	18
2.2.2 Le champ d’exercice infirmier	20
2.2.3 La relation d’aide infirmière.....	21
2.3 Portrait de la population infirmière québécoise (1990-2023).....	25
2.4 L’évolution du système de santé québécois	26
2.4.1 Hiérarchisation des professions et organisation du travail hospitalier.....	27
2.4.2 Réformes du système de santé.....	29
CHAPITRE 3 ANCRAGES THÉORIQUE ET EMPIRIQUE	32
3.1 Cadre théorique.....	32
3.1.1 Théories structuro-fonctionnalistes.....	32
3.1.2 Théories interactionnistes et constructivistes	33
3.1.3 Les concepts d’identité et d’identification	34
3.2 Méthodologie de recherche	38
3.2.1 Enquête réalisée	41

3.2.2	Recrutement.....	44
3.2.3	Échantillonnage	45
3.2.4	Traitement des résultats.....	45
CHAPITRE 4 ANALYSE DES RÉSULTATS		47
4.1	Les considérations personnelles, individuelles des infirmières.....	47
4.2	Les considérations des infirmières pour leurs patients.....	56
4.3	Réflexions sur le métier d’infirmière	60
4.4	Considérations sur le travail d’équipe.....	63
CHAPITRE 5 DISCUSSION DES RÉSULTATS ET LIMITES.....		67
5.1	Discussion des résultats.....	67
5.1.1	Les considérations personnelles, individuelles des infirmières.....	67
5.1.2	Les considérations des infirmières pour leurs patients	69
5.1.3	Réflexions sur le travail d’infirmière.....	71
5.1.4	Considérations sur le travail d’équipe.....	73
5.1.5	Syndrome d’épuisement professionnel	73
5.2	Limites de l’étude.....	74
CONCLUSION.....		76
ANNEXE A CERTIFICAT D’APPROBATION ÉTHIQUE.....		78
ANNEXE B CERTIFICAT DE FORMATION ÉTHIQUE		79
ANNEXE C CANEVAS DES ENTREVUES.....		80
ANNEXE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT		83
ANNEXE E FORMULAIRE DE RÉTRACTATION		86
ANNEXE F AFFICHE DE RECRUTEMENT POUR LES ENTREVUES		87
ANNEXE G DONNÉES STATISTIQUES LA POPULATION INFIRMIÈRE AU QUÉBEC : 1990-2023		88
ANNEXE H SCHÉMA D’UNE ORGANISATION HIÉRARCHIQUE HOSPITALIÈRE TYPIQUE AU QUÉBEC.....		89
BIBLIOGRAPHIE		90

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AGMEPQ : Association des Garde-Malades Enregistrée de la Province de Québec

AIC/AIS : Assistante Infirmière Cheffe / Assistante Infirmière en Soins

AIPQ : Association des Infirmières de la Province de Québec

AIIPQ : Association des Infirmières et des Infirmiers de la Province de Québec

CHUM : Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

CISSS : Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux

CIUSSS : Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux

CRCHUM : Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

CSSS : Centre de Santé et de Services Sociaux

FIQ : Fédération interprofessionnelle du Québec

FIIQ : Fédération des Infirmières et des Infirmiers du Québec

ISA : Indice Synthétique d'Activité

MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux

NFOT : Nouvelles Formes d'Organisation du Travail

OIIQ : Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec

ORIIML : Ordre Régional des Infirmières et des Infirmiers de Montréal/Laval

RAMQ : Réseau d'Assurance Maladie du Québec

RQSSS : Réseau Québécois de la Santé et des Services Sociaux

TS : Temps Supplémentaire

TSO : Temps Supplémentaire Obligatoire

UQÀM : Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

À travers ce mémoire, nous souhaitons mettre en lumière la manière dont les infirmières et les infirmiers perçoivent leur profession, ayant été sujette à de grands changements et à de multiples remaniements au cours des derniers siècles. Issue du travail bénévole des femmes, les hommes font aujourd'hui partie intégrante de la population infirmière bien que les femmes en représentent toujours la très grande majorité. Les besoins et les attentes autour du rôle des infirmières se sont transformés à travers le temps et continuent d'évoluer ; la santé est devenue un secteur lucratif et l'organisation du travail doit être constamment réadaptée afin de répondre aux impératifs de coûts, de rentabilité et d'efficacité. Nous avons décidé, à travers cette recherche, de donner la parole aux infirmières et aux infirmiers en les plaçant au centre de notre problématique — à l'instar de leur rôle quotidien, central, dans le système de santé québécois. Nous souhaitons étudier leur perception des impacts des restructurations du système de santé sur leur pratique quotidienne et sur leur relation d'aide, avec les patients, au cœur de leur profession. Nous avons constaté que, malgré les nombreux efforts déjà fournis, le système de santé est toujours problématique et continue de fonctionner à flux tendu. Remplie de paradoxes, la profession infirmière tente encore de s'adapter à la réalité du terrain.

Mots clés : Infirmière, Identité professionnelle, Organisation du travail, Restructurations du système de santé québécois, Relation d'aide.

ABSTRACT

Through this research, we try to emphasize how nurses perceive their profession, which has been subject for big changes and multiple reorganizations during the last centuries. Stemmed from women volunteer work, men are now an integral part of the nurse's population even if women still represent the highest majority. Needs and expectations around nurses role have changed through the time and still evolve; health has become a lucrative sector and work organization has to constantly be readapted to meet the cost, profitability and efficiency imperatives. We decided, through this research, to give the floor to nurses whom we placed at the very center of our problematic question — like their everyday role, central, in the Quebec healthcare system. We studied their perception on the impacts of reorganizations of the healthcare system on their everyday work and caring relationship, with patients, heart of the profession. We noticed that even though multiples efforts have been made, the healthcare system is still problematic and continues to work on a tense flow. Full of paradoxes, the nurse profession still tries to adapt itself to the reality of the ground.

Keywords: Nurses, Professional identity, Work organization, Restructuring of the healthcare system, Caring relationship

INTRODUCTION

En 2020, la pandémie qui a frappé le monde a été dévastatrice. En résultent des millions de morts, une nouvelle maladie chronique – la COVID longue, ainsi que des professionnels de la santé épuisés. Du côté des hôpitaux, en effet, la situation était sans précédents. Il a fallu répondre, dans l'urgence, à des besoins inédits pour la population, malade, inquiète. Différentes mesures, pour la majorité de nature exceptionnelle, ont été mises en place. Pour prendre soin des malades hospitalisés, il était fondamental, cependant, que les professionnels des soins de santé restent au travail et prennent part à l'effort collectif. Ils rapportent en grande majorité avoir vécu un calvaire au travail, durant cette période. Entre la peur de la contamination, l'urgence de la situation et l'obligation déontologique de s'occuper de leurs patients, le mental des soignants a été mis à rude épreuve.

Alors que les gros titres des journaux mentionnaient le nombre de contaminations et de morts quotidiennement durant les premiers mois, leur objet change en cours de route pour s'intéresser aux professionnels des soins de santé qui s'épuisent au travail, dans des conditions, elles aussi, inédites. Des « conditions de travail inhumaines » (Brouillette, 2021 ; Maynard-Turcotte, 2020 ; Saint-Arnaud, 2022) aux « héroïnes dévouées » (Jubin, Monnat, Zuercher & Bernard, 2020 ; Delaitre, 2020) en passant par « l'épuisement des infirmières au front » (Carabin, 2020), les titres caricaturaux des journaux ont porté l'attention médiatique et sociale sur ces professionnelles.

Il y a de cela quelques mois, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la fin de la pandémie et la contamination potentielle à la COVID-19 est devenue banale. Aujourd'hui, elle n'est, globalement, plus qu'un vague souvenir cauchemardesque. Cependant, plusieurs mois plus tard, des articles concernant certaines situations ou certains centres hospitaliers, par exemple, paraissaient encore. Il n'était pas rare, donc, de tomber sur un article abordant le temps de travail et le temps supplémentaire obligatoire, la fatigue des professionnelles, ou encore la pénurie de personnel. Ces articles de journaux ont permis la mise en lumière de situations et de groupes professionnels qui n'avaient jusqu'alors que très peu, voire aucune, visibilité. Les infirmières font donc désormais état de leurs conditions de travail et de leur quotidien tumultueux.

La profession infirmière découle à l'origine d'un travail bénévole. Les soins étaient prodigués par des femmes, religieuses qui ne recevaient aucune compensation financière en échange de leurs bons soins. Aujourd'hui, les mentalités et les pratiques ont changé ; on attend du soin qu'il soit fructueux. La santé est devenue un secteur lucratif. L'organisation du travail a été réagencée afin de répondre aux impératifs de coûts, de rentabilité et d'efficacité émis par le ministère de la Santé et des Services Sociaux, créé en 1985. On attend désormais des soignants qu'ils travaillent mieux, plus vite. On constate d'ailleurs, pour cela, des évolutions dans les tâches confiées aux soignants, et ce particulièrement chez les infirmières. Placées en tampons entre les exigences gouvernementales et les besoins des patients qu'elles prennent en charge, elles sont au cœur du système.

Afin de réduire le coût du système de santé québécois et de maximiser son efficacité, de nombreuses réformes ont vu le jour à partir des années 1990. Nous nous concentrerons sur trois d'entre elles afin de contextualiser la présente recherche, soit les réformes Rochon (1995), Couillard (2003) et Barette (2014).

Dans un premier temps, nous procéderons à une revue de la littérature afin de faire un état des lieux concernant la profession et l'identité infirmière. À la suite de cette recension des écrits, nous problématiserons et présenterons la question de recherche. Afin de poser les bases de notre recherche, nous construirons ensuite notre cadre conceptuel, suivi de la présentation de la méthodologie choisie pour mener notre étude. Finalement, nous analyserons nos résultats d'enquête avant de les mettre en lien avec notre recension des écrits, et de conclure ce mémoire de recherche.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Suite à la pandémie de COVID-19, les infirmières ont été l'une des populations les plus mises en avant dans les médias. Les raisons de cette soudaine apparition médiatique sont simples ; en 2020, alors que les hôpitaux se remplissaient à vue d'œil de cas contaminés par la COVID-19, les infirmières étaient au cœur de la crise. Elles ont dénoncé dans les médias, certaines pratiques imposées dans leur travail quotidien qu'elles jugeaient inappropriées, dans les hôpitaux du Québec.

À force de lectures et d'écoute, nous avons remarqué la présence d'incohérences systémiques qui semblent être à l'origine des troubles que rencontrent les infirmières dans leur travail. Nous avons, entre autres, décortiqué les centaines de plaintes déposées sur le site « Je dénonce » qu'a créé la FIQ en 2020 afin de comprendre les origines du *ras-le-bol* général constaté chez les infirmières depuis les cinq dernières années. Le site internet « Je dénonce » a été mis à la disposition des citoyens et des professionnels des soins de santé afin de leur offrir un lieu d'échange, dédié au partage de situations et d'informations à propos des frustrations et des problèmes rencontrés par ces professionnels au quotidien durant la pandémie.

Plusieurs incohérences et problématiques ont été mises de l'avant par les infirmières et nous avons remarqué qu'elles n'étaient pas directement liées à la pandémie. En effet, bien que les problématiques dénoncées l'aient été à l'occasion de la COVID-19, il semble que les problèmes persistent depuis bien plus longtemps et qu'ils n'aient été qu'accentués par les conditions pandémiques. L'un des principaux problèmes dénoncés, entre autres, est le temps supplémentaire obligatoire (TSO) qui a fait l'objet de nombreux articles (Etienne, 2021 ; Saint-Arnaud, 2022, TVA Nouvelles, 2023). Une autre de ces principales préoccupations concerne les ratios infirmières-patients. Ce *quota* constitue un seuil de prise en charge de patients par les infirmières. Autrement

dit, les ratios représentent un **nombre de patients *supposément* fixe et maximal** placé sous la responsabilité d'**une** infirmière durant son **quart de travail**¹.

Les infirmières ont aussi dénoncé le système organisationnel de soins de santé basé sur la performance et l'efficacité. Pour ces professionnelles travaillant quotidiennement au contact de patients, les demandes de productivité et d'efficacité ne s'accordent pas avec les valeurs humanistes qui sont au cœur de la profession infirmière. Elles [les demandes] deviennent alors des facteurs négatifs voire néfastes pour le travail de soin (Soares, 2003 ; Girard, 2009).

Par la grande polyvalence de la profession infirmière, de nombreuses tâches leur sont assignées. D'après Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette et Major (1994), les infirmières :

constituent une force humaine et professionnelle de premier plan [...] Leurs compétences sont diversifiées, et on les retrouve dans toutes les sphères d'activités reliées à la santé : elles soignent, elles éduquent, elles conseillent, elles gèrent, elles font aussi de la recherche. Le travail actuel des infirmières est marqué par la polyvalence, la flexibilité et la multidisciplinarité. Il est également traversé de paradoxes. Au-delà de la diversité et du changement, les soins demeurent la raison d'être de la profession ; ils en constituent le moteur et le centre. (Ibid., p.VII)

Cependant, les réformes gouvernementales et les coupes budgétaires du système de santé et de services sociaux forcent les gestionnaires à maximiser la performance de leur personnel (Soares, 2003 ; Raveyre et Ughetto, 2006).

Ayant l'obligation de répondre à des demandes et des exigences en dehors du cadre de soin, les infirmières ne peuvent plus s'occuper de leurs patients comme elles le voudraient. Ces tâches prennent du temps et les empêchent de prendre en charge les patients adéquatement.

¹ Les ratios sécuritaires représentent : « La présence en tout temps d'une équipe de soins minimale pour un groupe de patient.e.s ayant des problèmes de santé similaires en fonction des soins requis. [...] Cette garantie de soins minimum est ensuite ajustable à la hausse, selon les besoins des patient.e.s, dans des circonstances particulières. » (FIQ, 2023). Les ratios sont fixés en fonction d'un quart de travail régulier de huit heures. Pour la Fondation Gale Healthcare, le ratio « réfère au nombre de patients pour lequel chaque infirmière est responsable durant son quart de travail. Pour les unités de soins critiques, le ratio sera inférieur, puisque les patients requièrent un monitoring et des soins constants. Pour les unités de soins de longue durée, le ratio pourrait être supérieur, étant donné que les besoins des patients sont davantage portés sur la gestion de la santé. (For Facilities, 2021 [traduit de l'anglais par Marie Martin, 2023])

Pour continuer à assurer une bonne continuité ainsi qu'une bonne qualité des soins fournis, les infirmières doivent donc s'adapter et trouver des solutions à plus ou moins long terme.

L'objectif de ce mémoire est donc le suivant : **explorer les perceptions des infirmières cliniciennes au sujet de l'influence des restructurations du système de santé sur leur pratique quotidienne.**

En effet, les patients peuvent être indirectement victimes d'un climat de travail néfaste, comme l'établissait Soares (2003) : « [L]es effets ne touchent pas seulement la personne qui en a été la cible, mais [ils] atteignent souvent aussi les témoins et d'autres personnes qui n'étaient même pas présentes » (Soares, 2003 cité dans St-Onge, 2007, p.636). Or, l'une des composantes principales de la profession infirmière étant la relation d'aide, visant à soigner et accompagner le patient au cours de son expérience de santé, l'état d'esprit ainsi que le bien-être au travail des professionnels semblent être des facteurs fondamentaux de qualité et de sécurité des soins. Effectivement, si, comme nous l'établissions plus tôt, le bien-être des professionnels de la santé joue un rôle dans la qualité de leur travail ainsi que dans leur productivité, il nous semble légitime d'imaginer que la relation d'aide que doivent fournir les infirmières à leurs patients peut être entachée par une organisation du travail inefficace.

Sur la base de ces idées, nous avons formulé la question de recherche suivante :

De quelle manière les infirmières cliniciennes exerçant en hôpital public au Québec perçoivent-elles l'influence des restructurations du système de santé sur leur pratique quotidienne ?

1.1 Pertinences sociales et scientifiques

Alors que les infirmières devaient faire face à des difficultés encore inconnues avec l'arrivée de la pandémie de COVID-19, leurs conditions de travail se sont dégradées au point de les dénoncer publiquement. En se renseignant davantage, il est rapidement devenu évident que seuls quelques points étaient abordés dans les articles publiés. De nombreux autres facteurs auraient nécessité cette même visibilité, or, ils n'ont pas été traités. De plus, il s'est avéré que les problématiques auxquelles étaient confrontées les infirmières à l'arrivée de la pandémie n'étaient pas inédites et que ce fléau n'a fait que les mettre en lumière.

Les réformes appliquées au domaine infirmier depuis les cinquante dernières années ont eu d'importantes répercussions sur le travail infirmier, ainsi que sur les professionnels qui l'exercent. C'est précisément dans cette optique que ce mémoire de recherche a vu le jour. L'objectif est avant tout de pouvoir donner la possibilité aux infirmières interrogées d'expliquer leur point de vue, leurs obstacles, ainsi que leur perception des événements, passés et actuels, impliquant leur profession. L'idée est de mettre en avant les infirmières ainsi que leur expérience, en tant qu'êtres humains, en tant que soignantes et en tant que professionnelles, afin de leur offrir une opportunité d'interprétation de leur rôle et de leurs conditions au sein de l'organisation du travail infirmier.

CHAPITRE 2

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans ce chapitre, nous dresserons une brève revue de la littérature présentant le métier d'infirmière sous toutes ses coutures, ainsi que le rôle d'une infirmière et la relation qu'elle entretient avec ses patients et ses collègues. Nous présenterons aussi un bref portrait de la population infirmière québécoise depuis la fin du XX^{ème} siècle jusqu'à nos jours. Ensuite, nous exposerons les principaux enjeux qui entourent la profession, ainsi que les changements fondamentaux qu'elle a subis. En dernier lieu, nous décrirons le contexte organisationnel dans lequel les infirmières et les infirmiers évoluent depuis la réforme de l'ancien ministre de la Santé du Québec, Jean Rochon.

2.1 Qui sont les infirmières ?

Dans la présente section, nous procéderons à une courte genèse du métier d'infirmière, que nous décrirons depuis ses origines jusqu'à nos jours. Nous aborderons aussi l'institutionnalisation et la division sexuelle du travail de soin et la professionnalisation du métier d'infirmière.

2.1.1 Les origines du métier d'infirmière

À l'origine, les soins infirmiers étaient prodigués par des femmes dont le savoir se transmettait de mère en fille, comme l'expliquent Ehrenreich et English dans l'ouvrage *Sorcières, Sages-Femmes, Infirmières* (1983) :

Pendant des siècles, les femmes ont été des médecins autodidactes et sans diplômes ; n'ayant pas accès aux livres et aux cours, elles firent elles-mêmes leur propre enseignement, se transmettant leur expérience de voisine à voisine, de mère à fille. (Ibid., p.13)

On les appelait les femmes-qui-aident. Longtemps considérées comme des sorcières pour avoir pratiqué la médecine sans avoir fait d'études, celles qu'on appelait aussi à l'époque « sage-femmes » ont été remplacées par les femmes consacrées, les religieuses chrétiennes, qui prenaient en charge le travail de soin, elles aussi, par charité (Collière, 1982).

Les femmes avaient, en effet, pour rôle, à l'époque et ce de manière générale, de prendre soin. Du fait de leur sexe et les prédispositions biologiques à s'occuper d'autrui que l'on prêtait (et que l'on prête encore) aux femmes, elles furent longtemps enfermées dans le carcan du *care*. Durant de

longues décennies, le fait d'être née femme et de posséder la capacité de donner la vie impliquait effectivement le fait de prendre soin des autres comme l'a très simplement mentionné Collière (1982) : « Pour soigner, il faut avoir donné la vie. » (p.39). Au fur et à mesure de l'arrivée des religieuses sur la scène médicale, les mentalités ont changé, et les femmes de tous âges purent soigner, la connaissance du corps humain n'impliquant plus d'avoir donné la vie (*Ibid.*, p.45).

À l'image des femmes-qui-aident, les [femmes] consacrées avaient la capacité et donc le devoir de s'occuper d'autrui. La plus importante différence entre elles était l'origine de leur dévouement. Pour les premières, il reposait sur le **devoir féminin**, impliquant l'héritage culturel et familial transmis par les ancêtres aux jeunes générations. Pour les secondes, c'est le **devoir moral** des femmes de foi qui les poussait à accomplir le travail de *care*. En effet, lorsque l'Église s'est emparée de la responsabilité des soins, entre le V^{ème} et le XIII^{ème} siècle, les pratiques médicales ont changé (*Ibid.*, p.51-52).

Fortement influencées par les visions chrétiennes du corps humain et du *Bon* et du *Mauvais*, les soins que prodiguaient les religieuses avaient pour but de mener les malades, et tous ceux dont elles s'occupaient, vers leur salut : « Le corps doit connaître la souffrance et la douleur pour se racheter » (*Ibid.*, p.51). En France, ce n'est qu'à partir du XIII^{ème} siècle que les premières écoles de médecine ont ouvert leurs portes (*Ibid.*, p.52). C'est le début de la professionnalisation des soins. Il faudra cependant attendre plusieurs siècles, soit la fin du XIX^{ème} siècle, pour que les premières écoles d'infirmières voient le jour (*Ibid.*, p.68).

D'abord donnés au domicile, les soins – du malade, de la femme enceinte, de la personne handicapée, etc. – dont les femmes étaient responsables s'accompagnaient aussi de tâches ménagères : cuisiner, faire le ménage, s'occuper du linge, etc. Ainsi, les femmes – mères au foyer – et les religieuses occupaient un rôle similaire, prendre soin et s'occuper d'autrui. Une apparente légitimation de la gratuité du travail de soin faisait donc foi à cette époque et le dévouement des religieuses a créé un cercle vicieux de gratuité et de non-législation des soins qui a longtemps perduré (Juteau et Laurin, 1997, p.23 ; Collière, 1982, p.70).

Lorsque les premiers lieux destinés à l'apprentissage des soins infirmiers ont ouvert leurs portes entre la fin du XIX^{ème} et le début du XX^{ème} siècle, souvent au cœur même des hôpitaux, les femmes ont pu accéder à l'apprentissage du rôle infirmier, moral et technique (Petitat, 1989). La possibilité

d'une carrière, dans un domaine fermé, alors intégralement féminin, s'ouvrait à elles et elles exerçaient alors leurs fonctions dans différents types d'établissements (écoles, pensionnats, hospices, etc.) où se retrouvaient enfants, personnes âgées, malades et infirmes (Juteau et Laurin, 1997, p.24).

Jeanne Mance, fondatrice et directrice de l'Hôtel-Dieu de Montréal entre 1645 et 1673, fut la première femme, laïque, reconnue comme infirmière au Canada. Elle soignait les blessés, les nécessiteux et les pauvres avec Catherine Lézeau, son aide-infirmière (Deroy-Pineau, 1995).

2.1.2 L'institutionnalisation et la professionnalisation des pratiques médicales

Les premiers hôpitaux voient le jour à partir de la fin du XVIII^{ème} et tout au long du XIX^{ème} siècle. Dès lors, les soins sont transférés du domicile vers ces établissements, lieux désormais dédiés à la prise en charge et aux soins des malades. Leur création implique une évolution tant dans les soins que dans les pratiques. L'institutionnalisation des soins provoque en effet un premier changement de paradigme dans ce domaine puisque la mission des femmes s'arrête dorénavant aux soins corporels et de l'esprit du nécessiteux, alors qu'elles devaient, jusqu'alors, s'occuper des tâches ménagères de ceux qu'elles soignaient. L'éloignement des patients de leur domicile permet donc aux femmes de se concentrer sur une tâche précise, le soin de la personne.

Avec l'arrivée de la Révolution Industrielle et des nouvelles techniques, les pratiques de soin évoluent à leur tour et la technicisation des soins rend nécessaire la création d'écoles d'infirmières afin d'uniformiser, dans l'espace et dans le temps, les pratiques (Collière, 1982).

La séparation de l'Église et de l'État (en 1905 en France et dans les années 1960-1970 au Québec) permet aux femmes laïques d'accéder aux écoles d'infirmière. Cette évolution permet aussi l'ouverture de la profession à une nouvelle partie de la population et entraîne un accroissement des effectifs.

Cependant, malgré cette apparente laïcisation du domaine des soins, les pratiques et les attentes du rôle que doit remplir une infirmière sont toujours basées sur les valeurs morales et techniques que suivaient jusqu'alors les [femmes] religieuses (Goulet, 1993, p.8).

2.1.3 Division sexuelle du travail de soin

Les hommes et les femmes n'ont pas toujours eu les mêmes rôles dans le domaine des soins. Les hommes étaient médecins et les femmes, leurs auxiliaires, leurs assistantes. Le rôle du médecin était de soigner, il s'occupait du volet curatif du soin, tandis que les femmes s'occupaient du prendre soin, du *caring*, du *nursing* (Goulet, 1993 ; Ehrenreich & English, 1983, Muller, 1934).

Le métier d'infirmière constitue quant à lui une activité particulière, spécifique, basée sur la capacité et la vocation à s'occuper d'autrui (Petitat, 1989, p.41). Selon Victor Robinson, ou encore Florence Nightingale, les femmes sont « infirmières par instinct » (Robinson cité dans Ehrenreich & English, 1983, p.84) et celles qui tentent de briser les codes de la division sexuelle du travail et de devenir médecins n'ont pu atteindre le même statut ni le même niveau que les hommes (Nightingale citée dans Ehrenreich & English, 1983, p.84). La collaboration entre les médecins et les infirmières et l'assistantat de ces dernières permet aux premiers de se concentrer sur la recherche de causes et de solutions aux maladies. Pendant ce temps, les infirmières s'occupent du volet social et relationnel avec les patients (Muller, 1934, p.39).

D'après le Groupe de recherche interprofessionnel sur la profession de l'infirmière, « [elle] n'a aucune vie personnelle et de détente. Tout est organisé autour du travail. » (GRIFI cité dans Duboys Fresney & Perrin, 1993, p.9-10). Dévouée corps et âme à sa profession, il est toutefois difficile pour l'infirmière d'être reconnue, particulièrement à cette époque. La vocation, qui a forgé les soins infirmiers depuis leurs plus chétifs débuts, pèse sur le rôle pourtant primordial qu'elle exerce au sein des hôpitaux, tant pour les médecins que pour les patients ; les infirmières sont nécessaires au bon fonctionnement du système de santé et de soins (Collière, 1989 ; Ehrenreich & English, 1983).

Il nous semble judicieux de conclure ce point par la citation suivante, qui dresse, selon nous, un tableau particulièrement explicite, de la répartition des rôles entre hommes et femmes dans le domaine médical, à l'époque :

Suivant le modèle familial, le médecin se voit doté du rôle de père pourvoyeur, c'est-à-dire de celui qui répond à l'appel des patients et détecte la maladie en posant un diagnostic, les envoie à l'hôpital s'il le juge à propos et détermine le processus thérapeutique. Quant à l'infirmière – la mère –, elle accomplit sa tâche en contribuant à l'œuvre du médecin. Don de soi et esprit de sacrifice l'animent dans l'exécution des « ordres » dictés par l'autorité paternelle. En maintenant une présence 24 heures sur 24, elle tente de combler les besoins du père et des enfants et veille au bonheur de la

« famille ». En d'autres mots, le rôle de mère se confond avec celui de domestique pour assurer la survie de l'institution, et avec celui d'auxiliaire, pour garantir la satisfaction du médecin. (Goulet, 1993, p.10)

Comme mentionné ci-haut, il apparaît que le modèle familial est particulièrement présent dans les domaines du médical (médecins) et du paramédical, dont les infirmières, notamment, font partie.

Les premières confessions et associations entourant les soins infirmiers ne comptaient que des femmes ; et ce n'est qu'à partir de 1970, au Québec, que les premiers hommes ont pu s'inscrire dans ces mêmes associations et participer aux soins infirmiers.

La hiérarchie des sexes, bien qu'encore fortement présente dans les esprits et dans les pratiques, n'est plus aussi présente qu'à l'époque et les rôles d'infirmière et de médecin peuvent être occupés tant par les hommes que par les femmes.

2.1.4 Et au Québec ?

Au Québec, les prémisses des soins infirmiers sont sensiblement les mêmes qu'en France. La genèse précédemment rédigée s'applique aux deux états. Avec l'arrivée des colons français, le Québec, alors dénommé Nouvelle-France, voit arriver des femmes, religieuses, pour s'occuper des infirmes, des malades, des nécessiteux. La création de l'Hôtel-Dieu de Québec par les Augustines de la Miséricorde ou les Filles de la Miséricorde (aujourd'hui, les Religieuses de la Miséricorde de Jésus) en 1637 et celui de Montréal par Jeanne Mance en 1642 marque l'histoire des infirmières et de leurs prédécesseuses, les [femmes] consacrées. Pendant plusieurs années, Jeanne Mance était la seule infirmière de son établissement, jusqu'à ce qu'elle fasse venir les Hospitalières de Saint-Joseph en 1659. Elle soigne les blessés issus des batailles de l'époque avec son aide-infirmière².

Avec la Révolution Industrielle, comme nous l'avons vu précédemment, les écoles d'infirmières font leur apparition ; Florence Nightingale en est l'une des principales instigatrices. On forme alors les infirmières de manière théorique d'abord, puis l'enseignement pratique apparaît, quelques

² (Texte de la plaque commémorative érigée en l'honneur de Jeanne Mance sur la rue Royer, à Montréal, 2008).

décennies plus tard. On uniformise les apprentissages et on finit par déplacer les écoles d'infirmières vers des lieux destinés à l'apprentissage, soit les collèges et universités de la province.

Avec la « régularisation des pratiques », à partir de 1890, la professionnalisation des soins infirmiers débute et les femmes doivent suivre des cours pour pouvoir exercer en tant qu'infirmières (Chevalier-Caron, Cohen & Dumais, 2024 ; Germain, 1985, p.22). Les établissements et les soins de santé restent longtemps sous la domination de la religion chrétienne ; l'État n'en reprend la main qu'à partir des années 1960. Le nombre de religieuses au Québec chute alors drastiquement (Petitat, 1989).

Il semble aussi important de préciser qu'au Québec, une autre catégorie d'infirmières existe depuis 1923. Aujourd'hui appelées infirmières auxiliaires, les aides-soignantes ou garde-malades auxiliaires constituaient, à l'époque, une catégorie de personnel dédié à l'assistance de l'infirmière. Tout comme le faisaient les médecins avec les infirmières, ces dernières déléguaient certaines tâches aux auxiliaires : « Avec la poussée hospitalière, l'infirmière en viendra à laisser à son aide des tâches de plus en plus proches du malade, les soins les plus simples. » (Petitat, 1989, p.45 ; Arborio, 1995, 2018). Un exemple parfait de l'importance de cette aide pour les infirmières est, si l'on y pense, Catherine Lézeau, l'aide-infirmière de Jeanne Mance, lors de la fondation de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

La première école d'infirmières auxiliaires du Québec est fondée en 1950 par Charlotte Tassé, l'une des pionnières du mouvement infirmier et de la profession infirmière au Québec (Klein, 2023).

À partir de 1920, au Québec, les infirmières formées doivent s'inscrire à l'AGMEPQ, l'Association des garde-malades enregistrées de la Province de Québec. Plus tard, en 1950, celle-ci sera remplacée par l'AIPQ, Association des infirmières de la province de Québec. C'est aussi à partir de cette décennie qu'on inclura la mixité dans le discours des soins infirmiers (Chevalier-Caron, Cohen & Dumais, 2024). On renomme ensuite l'association, AIPQ³, en 1970. En 1973, le 6 juillet, l'ordre des infirmières et des infirmiers, alors nommé AIPQ, obtient la reconnaissance de son droit

³ Association des infirmières et des infirmiers de la province de Québec

d'exercer une profession en entrant dans le Code des professions ; il fut le premier au monde à prendre acte de cette reconnaissance légale d'un monopole de l'exercice des soins infirmiers, au même titre que les médecins : « les infirmières [...] viennent d'obtenir, sur le modèle des médecins, le monopole d'un exercice. » (Petitat, 1989, p.93). C'est finalement en 1980 que l'on renomme l'association pour la dernière fois. Elle devient alors l'OIIQ, actuel Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec.

2.1.5 Les enjeux autour de la profession infirmière

Alors qu'il y a quelques siècles, il fallait avoir donné la vie ou être une femme consacrée pour être soignante, de nos jours, les hommes font partie intégrante de la profession infirmière. Les valeurs ne pouvant s'appliquer aux deux sexes ont été rayées des textes et les écoles d'infirmières ont ouvert leurs portes à la seconde moitié de la population.

La fin du XX^{ème} siècle a été le berceau de bien des changements au cœur de la profession. Elle s'est en effet fortement développée, tant sur les plans théorique et pratique qu'au niveau technique ; de nouvelles pratiques et de nouveaux enseignements ont vu le jour. La prise en charge des patients, ainsi que la manière de percevoir les maladies ont évoluées ; l'humanité est aujourd'hui l'une des valeurs fondamentales de la profession infirmière, si ce n'est la plus importante.

Aujourd'hui, parmi les enjeux de la profession infirmière, nous retrouvons :

- Les conditions de travail
- La pénurie de main-d'œuvre
- La complexification des soins
- Le temps de travail
- La charge et l'intensité de travail
- L'interdisciplinarité
- La conciliation travail-famille

Les conditions de travail

Les conditions de travail font l'objet de nombreuses remises en question dans le milieu infirmier, particulièrement depuis l'arrivée de la pandémie de Covid-19, qui semble les avoir détériorées. Cet

enjeu constitue d'ailleurs l'une des raisons nous ayant poussé à étudier le domaine des soins infirmiers puisque, tant dans les journaux que sur les forums et groupes de discussions ou que dans les discussions entre collègues, les conditions de travail sont vivement critiquées depuis les années 2019-2020, correspondant au début de la pandémie (Statistiques Canada, 2022, 2023 ; Meek-Bouchard, 2021). Depuis, cette dernière a pris fin, laissant derrière elle une armée de soignants épuisés. Bon nombre d'entre eux a quitté la profession pour se reconverter, d'autres ont quitté le domaine public pour se tourner vers le privé, d'autres encore ont anticipé leur départ à la retraite (Statistique Canada, 2022 ; ICIS, 2022). C'est d'ailleurs en partie de cela que provient la pénurie de main-d'œuvre actuelle (Statistiques Canada, 2022, 2023).

La pénurie de main d'œuvre

La pénurie de main d'œuvre n'est pas récente et est évoquée depuis plusieurs années déjà par les infirmières et les infirmiers qui se plaignent d'un manque d'effectif pour assurer de bons soins, sécuritaires et de qualité. À ce moment-là, le manque de main-d'œuvre était souvent justifié par le vieillissement de la population québécoise impliquant une plus grande demande de soins de santé, combiné aux départs en retraite des infirmières issues de la génération X ainsi que le manque de rétention des nouvelles infirmières qui, pour leur part, diminuaient l'offre de service (Laberge & Montmarquette, 2009). Or, en accentuant ces départs et ces absences, la pandémie a, semble-t-il, contribué à une baisse importante de l'offre de soins du système de santé québécois (Statistiques Canada, 2023 ; Gouvernement du Québec, 2022).

De nos jours, les populations dans les pays industrialisés sont vieillissantes ; la population québécoise ne fait pas exception et c'est encore l'un des facteurs de la pénurie de main-d'œuvre dans la profession infirmière (Gharbi, Di Mascolo & Vernier, 2024). En effet, les professionnels qui composent la population infirmière au Québec vieillissent en même temps que la population globale. Les absences se font plus nombreuses, les quarts de travail à combler aussi. La qualité de vie au travail des infirmières s'en trouve affectée et se dégrade (Cloutier et *al.*, 2005).

La complexification des soins

Autre enjeu contemporain pour la profession infirmière : la complexification des soins. On peut lier cela au vieillissement de la population dont nous parlions précédemment, à l'évolution des

maladies d'un état terminal vers un état davantage chronique, ou encore aux connaissances en matière de santé et de soins de la population générale. Demailly (2016) mentionne notamment que l'accès de la population aux réseaux sociaux, aux moteurs de recherche et à l'Internet, de manière générale, entraîne des comparaisons, des évaluations et des diagnostics personnels. Les décisions médicales sont beaucoup plus souvent remises en question qu'auparavant et cela crée des difficultés supplémentaires pour les professionnels des soins de santé qui se heurtent à des décisions parfois catégoriques de la part des patients et/ou de leurs familles auxquelles ils n'étaient pas confrontés jusqu'alors (Doucet et Viviers, 2016, p.51).

Pour ces mêmes raisons, les relations entre patients et soignants se sont profondément transformées et reposent désormais principalement sur des ententes entre les soignants et les soignés. C'est d'ailleurs ce que précise Demailly (2016) lorsqu'elle affirme que :

La relation de service devient ainsi une relation contractuelle, volontaire, négociée, alors que la plupart des professionnels de la relation étaient habitués à travailler avec un assujéti, sur la base d'une mission dont un Tiers supérieur (l'État le plus souvent ou des devoirs moraux d'assistance ou de charité) les avaient investis et au nom de laquelle ils pouvaient se mettre au service du Bien pour le destinataire [...]. (Ibid., p.55)

Alors que les décisions médicales sont désormais prises de manière partagée, les infirmières, tous comme les médecins, se heurtent parfois à des refus, des conflits ou autres types de discussion des conseils et avis médicaux. C'est grâce aux approches telles que le Modèle McGill – dont nous discuterons plus loin – que les patients et leurs familles sont davantage impliqués dans les processus de soin et dans les prises en charge médicales. Cependant, cette nouvelle approche humaniste des soins de santé plaçant les usagers au cœur du processus entraîne aussi l'apparition de nouveaux enjeux du côté des soignants.

Le temps de travail

L'un de ces enjeux, le temps de travail, pose de nombreuses questions, notamment concernant l'équilibre des temps sociaux. En effet, on constate que, de plus en plus, les soignants et autres travailleurs du milieu social sont contraints de répondre à des exigences de productivité, d'efficacité et d'efficience concernant leur pratique professionnelle, tout en garantissant qualité et sécurité dans les soins.

Comme l'ont mentionné plusieurs auteurs d'études récentes (Laloy, 2011 ; Chauvière, 2007), il existe "un glissement des notions de rentabilité, d'efficacité jusqu'alors associées aux chaînes de production et aux entreprises privées, vers les métiers de l'humain, et notamment dans le travail social" (Auger & Emperador, 2023, p.1). Alors que le monde est en accélération constante et que l'accès à l'information est instantané, force est de constater que tout n'est pas adapté à de telles conditions d'existence. Le travail social et relationnel, entre autres, fait partie de ces occupations nécessitant de la patience et du temps (Laflamme, 2017). Or, comme évoqué précédemment, les contraintes auxquelles sont soumis les professionnels de santé entrent en contradiction avec les modèles relationnels de prise en charge des patients (Ibid., 2017 ; Formarier, 2007).

La charge et l'intensité de travail

La charge de travail est l'un des plus grands enjeux pour la profession infirmière et ce pour différents aspects tels que la qualité des soins, la qualité de vie au travail et la santé des infirmières, notamment (Askenazy et al., 2006 ; Gharbi, Di Mascolo & Verdier, 2024). On constate que différents facteurs influent sur la charge de travail des infirmières, dont la pénurie de main-d'œuvre, les demandes de productivité et d'efficacité de plus en plus importantes de la part des gestionnaires, la chronicité grandissante des pathologies traitées, etc. La nature des soins que les infirmières prodiguent a évolué, les pratiques qui les entourent sont plus standardisées, encadrées, protocolisées (Cloarec, 2008). Les exigences et demandes en termes de traçabilité des actes et de respect des protocoles engendrent un accroissement des responsabilités administratives des infirmières. Bien que cela soit nécessaire à une tenue de dossier conforme et dans l'intérêt des professionnels de soins de santé, il est important de mentionner que cela contribue à l'augmentation de leur charge de travail (Gharbi, Di Mascolo & Verdier, 2024 ; Cloarec, 2008).

L'interdisciplinarité

De plus, il est important de préciser que de nos jours, les infirmières et les infirmiers travaillent au quotidien en commun avec de nombreux autres professionnels du domaine de la santé, notamment, les inhalothérapeutes, les nutritionnistes, les ergothérapeutes, les préposés et bien d'autres, sans oublier les médecins, les infirmières auxiliaires, etc. C'est l'une des plus importantes évolutions concernant la profession infirmière et les soins de manière globale ; le recours à

l'interdisciplinarité. Il s'agit d'un concept issu des sciences sociales que l'on peut définir de plusieurs manières, comme le démontre Laflamme (2021) :

Cette notion peut prendre deux significations polarisées. Elle peut, bien simplement, connoter l'activité scientifique qui consiste à réunir des savoirs ou à conjoindre des modélisations. Elle peut aussi désigner un savoir dans lequel sont réunis les résultats de diverses disciplines en même temps qu'interviennent les considérations qui habitent une subjectivité. (Laflamme, 2021, p.201).

De manière à compléter cette affirmation, nous tenions à ajouter à notre réflexion ce qu'il [Laflamme] avait mentionné, quelques années plus tôt, dans sa publication *Recherche interdisciplinaire et réflexions sur l'interdisciplinarité* (2011) : « Pour certains interprètes, l'interdisciplinarité est la possibilité pour l'humain de fusionner les savoirs, de relier conscience et science, art et science. » (Laflamme, 2011, p.55). Pour davantage de précisions, Formarier (2004) cite Berger qui définit pour sa part le concept comme « all[ant de] la simple communication des idées jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie et des procédures. » (Berger, 1972, p.23). Finalement, chez Fourez, Maingain et Dufour (2002), l'interdisciplinarité « suppose, comme son nom l'indique, la mise en relation d'au moins deux disciplines en vue d'élaborer une représentation origine. » (*Ibid.*, p.33).

La notion d'interdisciplinarité, grandement utilisée dans le contexte des sciences sociales, fait désormais partie intégrante de la profession infirmière. L'un des objectifs du système de santé québécois étant de soigner sa population de manière globale, en plaçant le patient au cœur des soins et du système de santé lui-même, il a fallu, pour ce faire, intégrer l'interdisciplinarité et le travail d'équipe dans le travail de soin. Dès lors, tous les intervenants autour du patient peuvent et doivent mêler leurs pratiques pour garantir une prise en charge optimale du patient.

La conciliation travail-famille

Finalement, le dernier enjeu listé précédemment est celui de la conciliation travail-famille, qui, lui non plus, n'est pas nouveau. Au début des années 2000, déjà, des enquêtes sur l'organisation entre la vie professionnelle et la vie personnelle et familiale avaient été menées. Avec l'évolution des horaires de travail, des modèles familiaux et de la charge de travail, cependant, l'importance de cet enjeu ne cesse de croître. De plus, travailler dans le domaine de la santé implique souvent de

travailler sur des quarts de travail différents des autres domaines professionnels. Les infirmières sont particulièrement confrontées à ces enjeux pour les raisons suivantes, que présentent Tremblay et Larivière (2009) : « Les infirmières forment l'un des groupes professionnels à la fois les plus féminisés et les plus exposés aux horaires de travail atypiques. [...] Du point de vue des horaires, les conditions de travail sont contraignantes [...], le travail se fait jour et nuit et [...] la pénurie de main-d'œuvre est très forte. » (Ibid., p.4).

2.2 Le rôle et la place de l'infirmière dans le monde contemporain

Les premières *infirmières* font leur apparition, nommées par rapport à ce qu'elles font : s'occuper des infirmes (Duboys-Fresney et Perrin, 1996). Avec les changements que subit le domaine médical, les nécessiteux et les pauvres deviennent des *patients* et les médecins sont très sollicités. Les infirmières, considérées comme les assistantes de ces derniers, sont rapidement cataloguées comme auxiliaires du médecin. Les infirmières sont dévouées et ont pour seul objectif d'aider les patients, de les accompagner dans leur guérison et/ou dans leur maladie (Collière, 1989, p.76-77 ; Ehrenreich et English, 1983, p.88-89) :

Au début, les médecins étaient un peu sceptiques [...]. Mais ils furent bien vite conquis par l'obéissance aveugle des nouvelles infirmières. [...] Ils avaient besoin d'une aide patiente et obéissante, quelqu'un qui ne se sentirait pas trop important pour accomplir ces humbles tâches, bref, ils avaient besoin d'une infirmière. (Ehrenreich et English, 1983, p.88-89)

L'infirmière crée donc sa place dans le milieu du soin à la suite des femmes, religieuses, à l'origine de la professionnalisation des soins infirmiers. Les hommes sont médecins et les femmes les assistent dans leurs tâches ; Ehrenreich et English en disent d'ailleurs que : « La femme [a] enfin trouvé sa place dans le système médical ! » (Ibid., p.84).

2.2.1 Le rôle de l'infirmière

Selon les époques, le rôle de l'infirmière diffère. Reposant sur de grandes valeurs qui traversent plus ou moins les siècles, l'infirmière et ses pratiques n'ont pas toujours eu les mêmes buts. Évidemment, c'est toujours pour soigner qu'elle était sollicitée, mais ce fut dans un premier temps le fait même d'être femme et mère qui faisait d'elle une soignante. Son rôle ne se limitait donc pas uniquement au soin, elle devait aussi accomplir les tâches d'une femme au foyer.

La [femme] consacrée, religieuse, a ensuite pris la place de la femme-qui-aide et ce pour des raisons vertueuses. En effet, parce qu'elle était une femme et qu'elle agissait pour servir Dieu, elle se devait de s'occuper des nécessiteux, de guider les âmes égarées dans la maladie vers le salut et la piété. La laïcisation des soins infirmiers a ensuite permis aux femmes, consacrées ou non, d'accéder aux formations dans le but de devenir infirmières, elles pouvaient donc choisir d'exercer ce métier pour des raisons personnelles. Néanmoins, cette possibilité existait parce qu'elles étaient des femmes.

La professionnalisation des soins infirmiers a, par la suite, permis d'harmoniser les apprentissages et de faire des soins infirmiers une réelle profession, un champ d'exercice ainsi qu'un rôle propre ont été créés pour permettre à l'infirmière d'exercer sa propre profession, délimitées par des pratiques et des actes réservés à d'autres professionnels, comme les médecins, par exemple. Les médecins, d'ailleurs, avaient le monopole des décisions concernant les soins à cette époque et c'est ce qui a, principalement, conduit les infirmières à devenir leurs auxiliaires. Une décision était prise par le médecin, exécutée par l'infirmière : « La formation de l'infirmière valorisait l'obéissance, la soumission aux règlements, les bonnes manières et la loyauté envers le médecin plutôt que le jugement, le sens des responsabilités et l'humanisme. » (Kelly, 1981 cité dans Goulet, 1993, p.11).

Lorsque les hommes ont fait leur entrée dans la profession infirmière, il a bien fallu se rendre à l'évidence, être une femme n'est pas nécessaire pour être infirmière et les valeurs telles que la délicatesse, la pureté, etc. et toutes celles liées la maternité qui étaient prêtées aux femmes et donc aux infirmières, disparurent ; ces dernières sont cependant encore fortement ancrées dans l'imaginaire social. Aujourd'hui, il est donc possible d'être infirmière, ou infirmier, pour des raisons qui sont propres à chacun.

L'une des principales évolutions que l'on peut noter dans le rapide état des lieux précédent est la suivante : l'une des principales, si ce n'est la principale qualité nécessaire pour être infirmière, à l'époque, était la vertu. Aujourd'hui, et depuis quelques décennies déjà (une cinquantaine d'années environ), la technique est devenue particulièrement importante. En d'autres termes, de nos jours, tout le monde peut prétendre à la profession infirmière mais il faut maîtriser la technique pour pouvoir l'exercer. Goulet a d'ailleurs mentionné cette évolution :

Une transformation importante survient : de la recherche de la qualité de la personne soignante elle-même, on se dirige vers la qualité du geste à accomplir. Le souci moral s'oriente davantage vers l'acte professionnel que vers la personne qui dispense les

soins. Seule, la vertu ne suffit plus pour soigner ! [...] Ce qui compte, c'est un bon service compétent et efficace : un bon service donne de bons résultats. (Goulet, 1993, p.13)

Elle [Goulet] aborde cependant le fait que cette technicisation des soins, et les considérations techniques du corps humain ont eu pour effet de déshumaniser les soins : « L'objectivation de la personne et, par conséquent, son morcellement, favorisent l'apparition de la déshumanisation des soins, qui engendrera des situations qu'il faudra redresser plus tard. » (Goulet, 1993, p.13)

En guise de conclusion à cette courte explication du rôle de l'infirmière, nous souhaitons partager le point de vue de Goulet (1993) sur ces transformations des soins infirmiers à travers les siècles :

Les valeurs et les comportements ont subi des transformations et ont modifié considérablement le rôle des infirmières et leur responsabilité éthique à l'endroit des bénéficiaires. D'un état de servitude la liant d'abord au clergé, puis à l'autorité médicale, la profession est passée à une pratique autonome, où les contraintes de subordination sont bannies. La conquête ardue de sa libération débouche sur la consolidation de son identité. (Goulet, 1993, p.17)

2.2.2 Le champ d'exercice infirmier

Les infirmières jouent un rôle précis dans la santé et les soins des québécois. Leur rôle est de promouvoir la vie et la santé (Collière, 1982). Au Québec, la Loi des infirmières et des infirmiers (LIIQ) du 6 juillet 1973 mentionne que : « constitue l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière, tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale » (Loi des infirmières et infirmiers, 1973, Chapitre 48, Section VIII, art.36, p.560).

À la suite de la lecture de *La pensée infirmière* (1994) de Suzanne Kerouac, Jacinthe Pepin, Francine Ducharme, André Duquette et Francine Major, nous avons établi une définition globale du rôle de l'infirmière tel qu'il est défini par les six différentes écoles de pensées de la discipline infirmière. L'infirmière occupe donc un rôle d'accompagnatrice dans les expériences de santé des personnes ; elle aide, enseigne, interagit, soutient, évalue et intervient auprès des personnes ayant besoin d'aide pour composer avec leurs expériences de santé en favorisant et en promouvant une vie saine, en assistant les personnes dans leurs limites, leurs connaissances et compétences ainsi

que dans leurs capacités d'adaptation. Le rôle de l'infirmière repose sur une science et un art, des connaissances, de la créativité et l'environnement de soins.

L'OIIQ définit pour sa part le champ d'exercice de ses membres comme :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs » (OIIQ, 2022).

Afin d'assurer une compréhension claire du rôle infirmier, voici la définition qu'en a fourni l'OMS :

« Aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social (...). Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé » (Frattini et Dima, 2021).

Nous retrouvons donc, à l'intérieur même de la définition du rôle propre de l'infirmière, la dimension d'aide et de soutien que symbolise la relation d'aide.

2.2.3 La relation d'aide infirmière

Définition du concept de relation d'aide

Il existe différents types de relations d'aide. D'abord, la relation dépend de l'environnement dans lequel elle prend forme. En effet, selon la profession de l'intervenant auprès du client, la relation d'aide n'aura pas les mêmes buts. Dans le cadre de notre recherche, ce sont les aspects de la relation d'aide infirmière qui nous intéressent ; nous nous attarderons donc davantage sur la portée de cette dernière. Cependant, il nous semble important de faire un bref tour d'horizon des relations d'aide existantes afin de placer celle des infirmières dans un contexte clair.

L'écoute, l'empathie, l'attention, la patience, la compréhension sont autant de qualités que doivent posséder les soignants dans le cadre d'une relation d'aide (Phaneuf, 2011). Carl Rogers définit

cette relation comme « une situation dans laquelle l'un des deux participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie, ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel des ressources » (Rogers, 1972 dans Patenaude, 2014, p.31 ; Rogers, 1968) ou encore « la capacité que peut avoir un soignant à amener toutes personnes en difficultés à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation, c'est un soin relationnel ». D'après le même auteur, la relation d'aide associe deux qualités supplémentaires à celles déjà citées plus haut, soit la congruence et le non-jugement ou l'acceptation (Rogers, 1996 cité dans Bernard, Demmou, Gargan, Girardet, Jolicœur & Périé, 2005, p.28).

Raoult (2004) la définit pour sa part comme une « démarche par laquelle les soignants établissent des liens personnels avec les patients en vue de les aider individuellement ou en groupe à prendre conscience de leurs difficultés et à les résoudre » (p.51). Quant à Egan (2005), il fait un parallèle entre la relation d'aide et la relation de soin. D'après lui, ces deux types de relations ne s'appuient pas sur les mêmes objectifs, ni sur les mêmes pratiques/techniques, il adhère cependant à l'idée selon laquelle la relation de soin serait elle aussi une relation d'aide, bien que d'un type différent, puisque chacune de ces deux relations prend en compte les trois dimensions humaines soit, le biologique, le psychologique et le spirituel (Egan, 2005, p.27).

Comme l'a dit Formarier (2007), « depuis de nombreuses années déjà, la profession infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central des soins » (p.33). Grâce à cet aspect humaniste de la profession, nous pouvons lier la relation de soin des infirmières au concept thérapeutique de relation d'aide habituellement relié à la psychothérapie et aux modèles holistes-humanistes de Rogers et de Chalifour.

La relation d'aide peut être formelle ou informelle. On la considère formelle lorsqu'elle relève d'un emploi du temps, de séances prévues avec un intervenant spécifique, elle dure généralement entre 10 et 18 mois. Au contraire, elle est informelle ou situationnelle lorsqu'elle n'est pas prévue, lorsqu'elle relève d'une situation de crise ou lorsqu'elle est occasionnelle ; elle est parfois nommée thérapie brève (Hétu, 2007).

Patenaude (2014) décrit ces deux types de relations dans le cadre de la pratique infirmière. Selon elle, la relation d'aide formelle comme une « série d'interactions planifiées entre l'infirmière et un

client qui présente des difficultés visant la recherche d'un mieux-être [dont] les objectifs visent des changements à plus long terme » (p.37). Elle définit ensuite la relation d'aide informelle telle qu'une « interaction non planifiée entre l'infirmière et un client qui vit une expérience difficile : les changements visés sont axés sur la situation immédiate » (p.36).

Finalement, les aspects principaux que nous relevons sont ceux de l'aide et de la relation sociale. Comme l'a effectivement expliqué Rogers (2010), « la relation d'aide représente un genre de lien social qui diffère de tous ceux que le client a éprouvés jusque-là » (p.93). Il ajoute un peu plus loin que « la relation thérapeutique diffère d'une façon très prononcée des autres relations de la vie ordinaire » (p.95).

La relation qui se tisse entre l'infirmière et son client n'est pas amicale mais professionnelle. Cependant, elle est sociale. Effectivement, comme le disait Chalifour (1989) :

dans le genre de relation qui nous intéresse [la relation d'aide], il y a échange, ce qui nécessite la présence d'une ouverture mutuelle où chacun accepte d'influencer et d'être influencé, de donner et de recevoir. En somme, la relation d'aide consiste en une interaction particulière entre deux personnes, l'infirmière et le client, chacun contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide présent chez ce dernier (Chalifour, 1989, p.18 ; Chalifour, 1993, 1999).

Par sa présence et par le biais de la relation d'aide, « l'activité de l'infirmière est donc dirigée vers la personne et son environnement et vise le maintien et le recouvrement de la santé, la prévention des infections et des blessures, l'enseignement de modes de vie sains et le contrôle des conditions sanitaires » (Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette et Major, 1994, p.4).

Dans le même ordre d'idées, d'après Watson (1988), les soins infirmiers « consistent en un processus intersubjectif d'humain à humain qui nécessite un engagement au caring en tant qu'idéal moral et de solides connaissances » (Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette et Major, 1994, p.42).

Le modèle McGill

Il nous semblait important de préciser qu'au Québec, il existe un système particulier de prise en charge du patient, permettant l'inclusion de sa famille dans son protocole de soins. Par définition, le modèle McGill est « une approche globale et intégrée de la santé et du traitement des patients. Il

s'appuie sur une conception des soins infirmiers qui met en avant le partenariat soignant/individu/famille. » (Biro, Dervaux et Pegon, 2005, p.29).

Fondé sur la base du concept de patient/famille, le modèle McGill a pour but de donner un rôle d'accompagnatrice plutôt qu'un rôle d'experte à l'infirmière afin d'accompagner le patient à travers son processus de soin ou de guérison. Il a effectivement été révélé « [qu']il n'est ni approprié ni pertinent de définir a priori ce qui est bon ou mauvais pour le client/famille » (Sauvé et Paquette-Desjardins, 2002, p.2).

D'après ces mêmes auteures, ce modèle permet donc de modifier légèrement le rôle de l'infirmière qui, dans ce contexte, « consiste à répondre aux besoins exprimés par le client/famille et à choisir des interventions et des activités selon ses buts, ses capacités, ses moyens, son potentiel et ses forces » (*Ibid.*, p.2). Ainsi, bien que l'infirmière reste la décisionnaire ultime des choix concernant le plan de soins, l'approche globale permet au patient de participer à ses soins, avec sa famille, et dans une optique particulière, la sienne, lui permettant d'atteindre les objectifs qu'il souhaite atteindre.

Cette approche permet aux soins infirmiers et aux professionnelles que sont les infirmières de faire leur entrée dans les sciences sociales. En effet, en adoptant le modèle McGill, le rôle des infirmières n'est plus simplement de soigner, mais consiste aussi en la mise en place d'un plan de soins, et d'une relation partenariale entre le client/famille et elle-même. Pour ce faire, l'infirmière doit « étudier » les comportements et les habitudes de vie d'une personne à travers son environnement quotidien, comme le mentionnent d'ailleurs Biro, Dervaux et Pegon (2005) :

Parce que les solutions aux problèmes de santé résident dans l'unité familiale, l'infirmière va s'intéresser à l'individu dans son contexte familial ou à la famille par rapport à l'individu. La personne est un partenaire actif qui collabore et trouve des solutions à ses problèmes ; ces solutions proviennent donc de la personne ou du groupe familial, et non de l'infirmière. La participation active de chacun des membres, du système est un postulat de la mise en œuvre du modèle McGill. (Ibid., p.31).

Ce modèle semble tout à fait adapté aux attentes et aux exigences contemporaines du système de santé québécois. Nonobstant, un enjeu se dessine semble-t-il depuis quelques années autour du modèle, l'intensification du travail pouvant parfois mener à un manque de temps pour tisser une relation avec les patients. L'une des professeures de l'École de sciences infirmières de l'Université

McGill disait d'ailleurs en 2017, dans le cadre d'une publication de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de la même université, qu'avec

l'arrivée de nouvelles technologies et le volume phénoménal de connaissances médicales, d'autres types de tâches ont gagné du terrain, au détriment des aspects relationnels des soins infirmiers. Dans certains cas, il reste très peu de temps pour s'arrêter et tenir la main d'un patient, échanger avec les proches, ou simplement écouter. (Woodford, 2017)

Ainsi se pose la question de l'avenir du modèle McGill dans les soins infirmiers, considérant les évolutions et les enjeux actuels du système de santé québécois.

2.3 Portrait de la population infirmière québécoise (1990-2023)

Comme le dit Cohen, « le *care*, comme soin aux autres, est encore massivement dominé par les femmes, que ce soit dans le marché du travail rémunéré ou domestique et gratuit » (Cohen, 2008, p. 92). Dans le prolongement de cette idée, nous souhaitons établir un bref portrait de la population infirmière au Québec, depuis les années 1990 jusqu'à nos jours. Le choix de cette période n'est pas hasardeux mais établi en fonction des trois réformes ministérielles sur lesquelles nous avons contextualisé notre enquête ; pour rappel, les réformes Rochon, Couillard et Barrette.

Toutes les données que nous avons pu récolter dans les diverses publications statistiques disponibles sur le site de l'OIIQ ont été regroupées dans un tableau en annexe (Annexe G), voici ce que nous pouvons en dire.

La population infirmière est, encore aujourd'hui, majoritairement composée de femmes. Au niveau statistique, nous constatons une forte augmentation des effectifs entre 1940 et 1950. Effectivement, passées d'un peu plus de 780 membres affiliées à l'association en 1920 à plus de 10 000 en 1950, la profession se développe fortement en l'espace de quelques décennies. Entre 1960 et 1970, ce sont plus de 19 200 membres qui sont inscrites auprès de l'AIIPQ. À partir de 1970, les hommes font officiellement leur entrée dans la profession infirmière. C'est en 1980 que naîtra l'OIIQ, ordre professionnel infirmier que nous connaissons aujourd'hui. Jusqu'en 1990, nous constatons une forte augmentation du nombre de membres à s'affilier à l'Ordre. On remarque que cette décennie, est corrélée à une baisse des inscriptions au Tableau, soit une baisse des affiliations à l'ordre provincial. Effectivement, entre 1980 et 2000, se sont seulement quelques 10 000 infirmières et infirmiers qui se sont inscrits à l'OIIQ (Marleau, 2011, 2019, 2021 ; OIIQ, 2011, 2020, 2021,

2022). Nous pourrions faire l'hypothèse que cette baisse de l'augmentation des effectifs de l'OIIQ est liée aux réformes du système de santé et de services sociaux québécois des années 1990, comme, notamment, la politique de départs volontaires.

Nous avons aussi pu établir que la région de Montréal était celle qui attirait le plus d'infirmières et d'infirmiers puisqu'une majorité d'entre eux déclare y exercer. Au niveau des statistiques reliées au sexe des inscrits, nous n'avons pu avoir accès qu'aux deux dernières décennies, soit depuis 2010. Nous constatons toutefois par le biais de ces chiffres que les hommes, bien que toujours en sous-représentation dans la profession infirmière, s'inscrivent de plus en plus au Tableau de l'ordre. En 2010, ils représentaient 9.9% de l'effectif total, contre 11.6% en 2020 et 11.7% en 2022 (Marleau & Thuilier, 2022). D'après le dernier rapport sur l'effectif infirmier et la relève infirmière, les hommes représentaient 11.67% de l'effectif infirmier total au cours de l'année 2022-2023 (Normand et Touchette, 2023). Néanmoins, ils représentaient 14.98% de l'effectif de la relève infirmière, nombre record depuis leur entrée dans la profession infirmière, au cours des années 1970 (Normand et Touchette, 2023). Concernant l'augmentation du nombre d'hommes par année, nous souhaitons relever qu'à deux reprises, soit en 2014-2015 et en 2016-2017, le nombre d'hommes à intégrer la profession sur l'année était plus important que le nombre de femmes. En effet, pour la première période, en 2014-2015, une différence de 163 hommes contre 130 femmes par rapport à l'année précédente a été constatée. De la même manière, en 2016-2017, ce sont 133 hommes contre 129 femmes supplémentaires qui étaient dénombrés par rapport à l'année précédente. De ces constatations, nous pouvons donc affirmer que, malgré l'écrasante majorité de femmes à exercer dans la profession infirmière, les hommes y prennent leur place, et dominant même, deux fois dans la dernière décennie, le nombre de femmes à intégrer la profession au cours d'une année. **Il pourrait d'ailleurs être intéressant de consulter les archives statistiques des écoles et facultés en sciences infirmières afin de confronter ces résultats et de vérifier si cette dominance masculine en 2014-2015 et en 2016-2017 était aussi présente dans les taux d'inscription aux différents programmes de formation.**

2.4 L'évolution du système de santé québécois

Aujourd'hui, il est grandement accepté que les soins infirmiers soient dispensés à l'intérieur d'une structure hospitalière. Bien que la pratique infirmière se soit à nouveau étendue en dehors des murs des hôpitaux, particulièrement au cours des dernières décennies et surtout dans le cadre de pratique

privée (infirmiers et soins à domicile), la majorité des soins sont exécutés à l'hôpital ou, tout du moins, à l'intérieur d'une structure destinée aux soins de santé (Mauksch dans Davis, 1966).

Pourtant, historiquement, les infirmières et leurs prédécesseuses, les sœurs, les garde-malades et les enfermières, se chargeaient de soigner les infirmes à domicile. Comme nous l'avons expliqué précédemment, des hôpitaux généraux ont été créés au Québec afin de s'occuper des malades, des pauvres et des nécessiteux, il y a de cela plusieurs siècles.

2.4.1 Hiérarchisation des professions et organisation du travail hospitalier

Dans le système québécois actuel, la hiérarchisation des professions soignantes est la suivante : le médecin, membre le plus haut placé dans la hiérarchie, se situe tout en haut de la pyramide. En dessous, nous retrouvons l'infirmière en chef, ou cheffe de service, qui a la responsabilité de gérer les équipes – les effectifs, du service. Pour les y aider, elles ont la possibilité d'avoir une assistante qui se charge de coordonner l'ensemble des personnes présentes sur le service, des infirmières cliniciennes aux patients, en passant par les infirmières praticiennes et auxiliaires, les préposées et les bénévoles.

Apparaissent ensuite les infirmières cliniciennes (titulaires d'un diplôme universitaire obtenu à la suite d'un baccalauréat d'une durée de trois ans) qui sont responsables des infirmières auxiliaires ainsi que des préposées. Ensuite se placent hiérarchiquement les infirmières praticiennes puis auxiliaires (titulaires d'un DEC en soins infirmiers obtenu au terme de deux années d'études), et finalement les préposées et les bénévoles.

La hiérarchisation des professions est à l'origine de conflits, de rapports de pouvoir et de domination dans le travail. Sainsaulieu (2019) dit d'ailleurs que « la vision des rapports socioprofessionnels fonde les distinctions entre catégories sur des différences de statuts définis par une sorte de conjonction entre la qualification, jugée par des examens obtenus hors de l'entreprise et par le grade occupé dans une échelle de postes de responsabilité croissante » (Sainsaulieu, 2019, p.375).

L'organisation du travail hospitalier, dans le même ordre d'idées, n'est pas adaptée aux nouvelles valeurs du travail infirmier et peut être, elle aussi, à l'origine de tensions au travail, de dégradation des conditions de travail (Raveyre et Ughetto, 2006). Pour pallier cette inadaptation et ces

difficultés, les infirmières se voient forcées de trouver des solutions, individuelles ou collectives, par elles-mêmes afin de pouvoir continuer à fournir des soins et une prise en charge adaptés et sécuritaires aux patients ainsi qu'à leurs proches. Cette recherche continue de solutions plus ou moins durables et plus ou moins efficaces pour pallier les inadaptations de l'organisation du travail conduit souvent à la souffrance et à l'insatisfaction au travail des infirmières.

L'une des solutions souvent observées est la régulation autonome des infirmières. C'est une solution collective, qui s'appuie sur une identité elle aussi collective, rattachée aux valeurs que défendent les professionnels qui exercent un même métier (aussi appelées communautés de pratique). Le métier d'infirmière jouit d'une culture professionnelle forte, basée sur un ensemble de valeurs solidement ancrées dans la pratique. Exerçant un métier à haut potentiel vocationnel, les infirmières défendent aussi des valeurs liées à leurs représentations primaires de la profession, toujours fortement rattachées à leur manière d'exercer (Cohen et Dagenais, 1987 ; Raveyre et Ughetto, 2006).

Il faudra tout de même patienter jusqu'en 1885, pour que les premières légiférations concernant la santé soient votées au Québec, à propos de l'hygiène publique. En 1936, le département de santé voit le jour et vingt-cinq ans plus tard, en 1961, les soins hospitaliers deviennent gratuits pour tous à la suite de l'adoption de la loi sur l'assurance hospitalisation en 1960. L'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux l'année suivant l'instauration du Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) permettant la prise en charge de l'ensemble des services médicaux par l'État a entraîné l'institutionnalisation du système de santé et de services sociaux actuel en 1971 (MSSS, 2015 ; 2022).

Concernant le ministère des Soins et des Services Sociaux (MSSS), sa création remonte au 20 juin 1985. La même année, la Commission Rochon a été créée et invitée à étudier en profondeur les services de santé et de services sociaux du Québec afin de mettre en évidence les défaillances, les « dysfonctionnements ». Leur rapport mentionnait, trois ans plus tard, l'importance de démocratiser la gestion du système afin de donner davantage de pouvoir décisionnel au personnel soignant dans les conseils d'administration des hôpitaux en diminuant celui du personnel médical (Malo et Sire, 2006). C'est ce qui nous amène à aborder les réformes du système de santé québécois, et plus particulièrement celles de Rochon (1994), de Couillard (2003) et de Barrette (2014).

2.4.2 Réformes du système de santé

À partir des années 1980-1990, l'État-providence est remis en question à cause des crises économiques. Il se déleste de nombreuses fonctions afin d'alléger son organisation et des secteurs traditionnels étatiques comme la santé et l'éducation se privatisent (Soussi, 2022).

Entre 1994 et 1998, le ministre de la Santé et des Services Sociaux était Jean Rochon. Il avait pour objectif de réduire les coûts du système de santé et de services sociaux québécois. Pour cela, il a décrété la mise en place de trois mesures importantes. La première a entraîné la fermeture de nombreux hôpitaux qui ont par la suite été reconvertis en Centres Hospitaliers de Soins de Longue Durée (CHSLD). De nombreuses restructurations ont donc eu lieu. La seconde mesure nommée Politique de départs volontaires par Rochon a entraîné les démissions de plus de 15 000 employés du Réseau Québécois de la Santé et des Services Sociaux (RQSSS). La troisième mesure mise en place par le ministre constitue ce que l'on appelle communément aujourd'hui le **virage ambulatoire**. Tournant fondamental dans le système de santé, il s'agit d'un développement de la chirurgie ambulatoire, autrement dit, une chirurgie permettant l'entrée et la sortie du patient opéré dans la même journée.

Depuis l'adoption de cette mesure, le temps de séjour des patients à l'hôpital a diminué, à l'instar des coûts associés aux durées d'hospitalisation. Les hôpitaux ont alors pu offrir une rotation de la patientèle plus rapide et plus importante. La démocratisation de ce type de chirurgies a permis non seulement aux hôpitaux d'effectuer une rotation de la patientèle plus rapide mais aussi au Québec d'offrir une prise en charge plus rapide des personnes en attente pour leurs soins. Ainsi, les listes d'attente ont été, elles aussi, considérablement réduites.

L'un des principaux objectifs des réformes du système de santé et de services sociaux proposées par Rochon à la fin des années 1990 ayant été de réduire le temps d'attente des résidents du Québec pour avoir accès à des ressources et à des soins, le virage ambulatoire a permis, en grande partie, de remédier à cette inaccessibilité. L'autre grande volonté de Rochon lors de la mise en place de ces réformes était de réduire drastiquement les coûts du système. Pour ce faire, seulement trois options s'offraient au gouvernement québécois : “ Accroître encore les ressources, par une augmentation des prélèvements obligatoires, limiter les dépenses publiques, par un rationnement des soins ou par une baisse de la prise en charge, ou bien améliorer le fonctionnement du système

pour “dépenser mieux”” (Palier, 2012, p.54). Le choix s’est porté sur une amélioration du système de santé pour permettre une bonification des dépenses. Des fermetures d’établissements, des fusions et autres relocalisations ont été effectuées.

Chez les soignants, ces mesures ont entraîné des changements multiples. Ils ont notamment dû assumer une intensification de leur travail, une recomposition des équipes – incomplètes à la suite des départs volontaires, ainsi qu’une augmentation des ratios Soignant-Soigné fixés par le gouvernement québécois, responsable de la gestion du système de santé et de services sociaux, public (Malo et Sire, 2006).

En 2003, une nouvelle réforme est venue secouer les rouages du système de santé et de services sociaux québécois, dans le but de continuer sur la lancée de la réforme précédente, n’ayant pas résolu tous les défauts du système de santé. La réforme Couillard-Charest avait pour but de transversaliser les services hospitaliers ainsi que la gestion de ces derniers. C’est à partir de 2003 que la structure organisationnelle a évolué vers une gestion intégrée, centralisée, l’objectif étant de modéliser l’ensemble des départements des hôpitaux québécois sur un même modèle, adapté à chaque service mais identique dans chaque hôpital. Chaque fonction est devenue un processus, géré par une entreprise privée externe, responsable du bon fonctionnement de la fonction qui lui a été confiée dans chaque hôpital (Soussi, 2022). Les premiers Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) ont fait leur apparition à la suite de cette réforme.

Le système de santé et de services sociaux a finalement été restructuré en 2014 par l’une des dernières grandes réformes du MSSS, la Réforme Barrette. Les premiers Centres Intégrés, Universitaires ou non, de Santé et de Services Sociaux (CISSS et CIUSSS) ont fait leur apparition. La gestion locale des hôpitaux a été supprimée et l’ensemble de leurs fonctions ont été transversalisées, processualisées. Les CIUSSS sont désormais gérés par le MSSS, qui passe par le biais d’entreprises privées externes pour remplir les différentes fonctions dans les hôpitaux (Soussi, 2022). Les CISSS et les CIUSSS sont des organismes publics ayant pour rôle d’assurer l’accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé à la population du territoire sur lequel ils se trouvent (Gouvernement du Québec, 2018).

Dernièrement, une nouvelle réforme du système a fait couler beaucoup d’encre. Il s’agit de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, adoptée le 9 septembre 2023. Malgré

les différentes restructurations précédentes dont nous venons de parler, le système de santé québécois rencontre toujours des difficultés à répondre aux besoins de toute sa population dans un délai minime⁴. Plusieurs centaines de milliers de personnes attendent plus d'une année complète pour consulter un médecin spécialiste (MSSS, 2024). Les objectifs principaux du Plan Santé et de la mise en place de Santé Québec sont de rendre leur autonomie aux gestionnaires locaux dans les établissements de soins afin qu'ils puissent répondre de manière adéquate, plus rapide et plus libre aux besoins de leur population. Dans le même temps, on invoque un changement de culture dans le cadre du système de santé. Toutefois, le fond de cette nouvelle réforme reste le même que pour les trois précédentes, on souhaite améliorer l'accès aux soins et aux services faisant partie du RSSS, coordonner les actions et permettre une gestion de proximité, à l'échelle locale, tout en assurant une qualité et une sécurité des soins inchangée, voire renforcée (MSSS, 2024).

⁴ On apprenait par le biais d'un article publié par Painchaud, A. pour Radio-Canada le 29 juillet 2024 que 790 000 personnes étaient toujours en attente d'un rendez-vous pour une consultation avec un médecin spécialiste, pour un délai moyen de 14 mois, deux fois plus long qu'avant la pandémie de Covid-19.

CHAPITRE 3

ANCRAGES THÉORIQUE ET EMPIRIQUE

Ce troisième chapitre sera consacré à l'exposition de nos ancrages théoriques (théories et concepts mobilisés dans le cadre de notre recherche) et empirique (stratégies de recrutement et enquête réalisée).

3.1 Cadre théorique

Dans le cadre de ce mémoire, nous cherchons à mettre en évidence l'influence des restructurations du système de santé québécois sur l'identité professionnelle infirmière. Alors que ces dernières possèdent un attachement tout particulier à leur métier, il semble que leur identité soit façonnée par différents aspects, tant au niveau individuel qu'interrelationnel. Dans le but de dresser un portrait reflétant la réalité du travail d'infirmière ainsi que les enjeux auxquels elles sont confrontées au quotidien, nous nous appuyerons sur les théories du structuro-fonctionnalisme, de l'interactionnisme et du constructivisme. Nous clôturerons l'exposition de notre cadre théorique avec les définitions des concepts d'**identité** et d'**identification**. Finalement, un bref retour sur l'ensemble de nos ancrages théoriques exposés sera effectué, en dernier lieu.

3.1.1 Théories structuro-fonctionnalistes

Le structuro-fonctionnalisme est né de l'association de deux courants de pensées majeurs du XIX^{ème} siècle ; le fonctionnalisme et le structuralisme.

Le structuralisme repose sur le postulat selon lequel la signification, le sens des choses, émerge des relations entre différents éléments et non des éléments en tant que tels. On cherche à comprendre de quelle manière les différentes institutions (éléments) de la société s'organisent et fonctionnent de manière interdépendante dans le cadre de systèmes (structures) intrinsèquement liés (Thorpe, Yuill, Hobbs, Todd, Tomley & Weeks, 2016, p.343)

Le fonctionnalisme, pour sa part, s'intéresse davantage au fonctionnement singulier et autonome de chaque institution, en cherchant à comprendre l'effet de cette institution sur l'ensemble. Les penseurs qui défendent cette approche considèrent que chaque élément remplit une fonction précise pour assurer la stabilité du système afin que l'ensemble fonctionne correctement (Ibid., p.341).

Ainsi, avec le structuro-fonctionnalisme, étant une « association » de ces deux courants de pensées, on étudie à la fois le fonctionnement indépendant de chaque institution mais aussi le fonctionnement dépendant, lorsque ces mêmes institutions travaillent ensemble. De plus, on cherche à étudier l'interdépendance des institutions qui permet de la régulation et le fonctionnement efficace de la société dans son ensemble.

D'après les pères fondateurs de ces pensées (Durkheim, Parsons, Merton, etc.), la société fonctionne sur des bases équivalentes à celles d'un organisme vivant. Afin de simplifier la compréhension des théories que nous venons d'exposer, prenons l'exemple d'un corps humain, que l'on comparera, dans son fonctionnement, à une société contemporaine.

Un corps humain est un organisme fonctionnant grâce au travail acharné et permanent de plusieurs systèmes évoluant de manière interdépendante. La société en fait de même en ce qu'elle fonctionne grâce à l'existence de plusieurs systèmes tels que le système de santé, le système de justice ou encore le système d'éducation, permettant de réguler la société et les individus qui la composent. Chacun des systèmes biologiques du corps humain est composé de plusieurs organes indépendants, considérons dès lors que nos systèmes sociaux en font de même avec leurs institutions (hôpitaux, écoles, tribunaux, etc..). Nous savons donc que pour qu'un organisme (le corps comme la société) fonctionne, il a besoin de l'aide d'un ensemble de systèmes en interaction par le biais de leurs organes respectifs. Ainsi, d'après la posture structuro-fonctionnaliste de l'époque, la société n'a pas besoin des individus qui la composent pour exister et se réguler. Ce sont au contraire ces mêmes individus qui doivent, par le biais de la société et de tous les systèmes qu'elle met en place pour leur intérêt, forger leur identité et devenir des êtres « sociaux ». La société et les institutions qui la composent préexistent les individus et n'ont pas besoin d'eux pour « être » ce qu'elles sont. Le travail, l'école, la famille et le mariage sont donc autant d'institutions appartenant à des systèmes permettant aux individus de façonner leur identité, de vivre en société.

3.1.2 Théories interactionnistes et constructivistes

À l'inverse, les interactionnistes, pour leur part, considèrent que ce sont les individus qui forment la société et qui la façonne telle que nous la connaissons. Ce courant repose effectivement sur l'idée que chaque interaction entre individus a une incidence au niveau individuel et, par conséquent, au niveau social. Les interactionnistes se concentrent donc sur le fait que chaque individu a un **rôle**

à jouer dans le système social, un **comportement** à adopter et des **interactions** à avoir. Ce sont les relations entre individus et les conséquences qu'elles ont sur l'équilibre social qui sont étudiées.

C'est principalement l'École de Chicago qui est à l'origine du développement des théories interactionnistes, dans les premières décennies du XX^{ème} siècle. Alors que les théories structuro-fonctionnalistes étaient dominantes, certains penseurs mentionnaient un important manque de considération pour le rôle de l'individu dans son rôle social. Mead et Blumer sont deux théoriciens particulièrement connus pour leurs critiques des théories structuro-fonctionnalistes par le biais des approches interactionnistes, popularisées dans les années 1930.

Dans le cadre de ce mémoire, ce besoin de cohésion pour obtenir un ensemble cohérent et fonctionnel s'applique tant dans les relations entre les structures appartenant système de santé québécois que dans celles entre les différentes professions hiérarchiquement classées et travaillant autour du patient ou entre les soignants et leurs patients, eux-mêmes.

Avant d'exposer nos concepts, nous souhaitons faire une parenthèse concernant les théories constructivistes et leur intérêt pour notre recherche. Généralement considérées comme étant issues de la pensée et des postulats interactionnistes, les théories constructivistes accordent, elles aussi, une grande importance aux interactions entre individus. À la différence de l'interactionnisme, cependant, le constructivisme met de l'avant les expériences personnelles et le vécu de chaque individu dans l'analyse des interactions. Ainsi, la portée des interactions n'est plus uniquement spécifique à chaque personne qui entre en interaction avec une autre, elle est aussi influencée par le passé de celle-ci. Elle est donc propre à un contexte, tant présent que passé. Étant donné le volet plus « subjectif », personnel, des expériences infirmières que nous voulions aborder dans cette recherche, il nous semble intéressant d'accorder une place au constructivisme dans notre cadre théorique.

3.1.3 Les concepts d'identité et d'identification

L'introduction à ces deux concepts que sont l'identité et l'identification nous semble judicieuse dans le cadre de notre recherche en ce qu'ils permettent de définir différemment aspects du métier d'infirmière. L'identification est, par définition, un processus par lequel les individus se reconnaissent comme appartenant à un groupe spécifique, mais aussi, d'un point de vue opposé, par lequel un individu peut « classer » une personne avec qui il entre en interaction directe ou

indirecte (Eiffling, 2014 ; Abou, 1995). À la différence de l'identité qui est un concept plus « figé », persistant dans le temps (Eiffling, 2014, p.2), la nature processuelle de l'identification pourrait éventuellement nous permettre, à terme, de tracer un parcours identificatoire des infirmières et des infirmiers que nous avons rencontrés dans le cadre de nos entrevues (Giddens, 1995 ; Molina Luque, 2002).

Identité professionnelle

Le concept d'identité est complexe et repose sur tout un tas de variables. Étant donné la nature de notre recherche, nous nous concentrerons davantage sur les rouages de l'identité professionnelle que sur l'identité dans sa globalité.

L'identité professionnelle est le résultat d'un processus de socialisation secondaire. C'est une identité sociale, que l'on acquiert dans le cadre de l'apprentissage et/ou de l'exercice d'une profession (Gentili, 2005). C'est un processus impliquant les représentations du monde et de la profession de l'individu en cours de socialisation ainsi que celles des individus que l'on appelle socialisateurs, ayant déjà intégré les valeurs et les attentes de la profession. Ces socialisateurs ont pour rôle de transmettre les valeurs du groupe, de permettre la socialisation secondaire des socialisés (par exemple, les étudiants en train d'apprendre la profession). C'est en mettant en lien l'identité sociale virtuelle ou identité pour autrui, attribuée par les autres, et l'identité sociale réelle ou identité pour soi, créée par soi-même, que le socialisé acquerra une identité professionnelle (Gentili, 2005).

Il existe un nécessaire besoin de reconnaissance et de démonstration de ses capacités, qui prend place entre un socialisé et ses socialisateurs, et qui permet au premier d'être reconnu comme faisant partie du groupe par les seconds. En somme, une identité professionnelle repose sur un certain besoin de reconnaissance et de confiance, ainsi que sur un processus d'échange entre le groupe de référence et les étudiants (ou quelque autre statut que les socialisés puissent avoir).

L'identité professionnelle repose aussi sur un ensemble de croyances, de stéréotypes et de représentations. Ainsi, l'identité professionnelle s'acquière au cours de l'apprentissage du métier, mais aussi sur le terrain, en pratique. Effectivement, chaque nouveau prétendant à la professionnalisation se présente avec des représentations biaisées, de lui-même et de la profession.

Il existerait d'ailleurs une étape dans la socialisation secondaire qui consisterait en une sorte de « choc avec la réalité », c'est-à-dire une confrontation entre les idéaux et valeurs portés par l'étudiant et les réalités de la profession, qui n'y correspondraient pas. Cette étape est cruciale dans le processus de socialisation secondaire, puisqu'elle permet la remise en question de ces représentations. Hughes l'appelle d'ailleurs le « passage à travers le miroir » (Gentili, 2005). Ensuite, les étudiants poursuivent deux autres étapes, qui sont celles de la prise de conscience, de l'acceptation de la situation et de l'adaptation pour faire avec. C'est à ce moment-là que l'identification à un groupe de référence défendant des normes et des valeurs établies en fonction de l'expérience professionnelle s'avère fondamentale.

Finalement, la dernière phase, aussi appelée « conversion ultime » par Hughes, consiste en l'abandon et le refoulement de ses idées pour intégrer pleinement celles qui sont transmises dans le cadre de la formation (Gentili, 2005). Les stades de découverte de la réalité, d'intégration de la réalité et d'acceptation de cette dernière sont donc fondamentaux dans le processus d'acquisition d'une identité professionnelle. Comme l'a si bien définie Claude Dubar, l'identité « est le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions » (Harduin, 2009).

L'identité professionnelle est une identité collective qui regroupe et rassemble les infirmières autour des valeurs qui guident leur pratique.

Le concept d'identification

D'après le point de vue constructiviste, l'identité est subjective et dépend de la manière dont l'individu se perçoit dans le monde social, dont il se perçoit en tant qu'acteur de ce dernier. Elle [l'identité] est effectivement fortement influencée par la sphère publique et sociale dans laquelle évolue l'individu ainsi que par les relations qu'il entretient avec les autres (Eiffing, 2014).

En étudiant l'identité, plusieurs théoriciens se sont rendu compte de la possibilité d'une conjugaison de plusieurs identités en un seul et même individu. En effet, si nous prenons le cas des infirmières, par exemple, elles sont, avant même d'être des professionnelles de santé, des femmes, des filles, des sœurs, des épouses, des mères. Cependant, leur métier les lie à une autre catégorie

d'appartenance, leur façonne une forme identitaire supplémentaire, comme nous l'avons précédemment avec la socialisation secondaire liée à l'emploi, à la professionnalisation.

Les identités ne sont donc pas figées, un individu ayant exercé un métier plusieurs années et en ayant changé ne se considérera plus (éventuellement) comme il le faisait plus tôt. De la même manière, des changements dans la nature du métier, un changement de rôle par exemple, au sein de la même profession peut aussi faire évoluer la perception que l'individu a de lui-même et ainsi modifier l'identité à laquelle il répond. Comme le mentionne Eiffling (2014), les identités sont mouvantes : « [elles] présentent un certain degré de persistance à travers le temps mais sont susceptibles d'évoluer au gré des variations perceptuelles qu'un acteur a de lui-même au regard de ses caractéristiques endogènes et des facteurs exogènes qui structurent son environnement. » (Ibid., p.2)

Habermas explique dans sa *Critique de la raison fonctionnaliste* (1992), que l'identité est une construction : « L'identité se développe entre le monde social [...] auquel s'ajoute, de façon complémentaire, le monde subjectif [...], distingué du monde externe » (Ibid., p.139). En somme, l'identité est un construit social dont les bases et les limites sont formées par les interactions entre individus (Molina Luque, 2002 ; Brubaker, 2001). Abou (1995, p.40) disait finalement que : « une identité [...] est une constellation d'identifications particulières ».

Que faut-il retenir ?

Dans le domaine des soins infirmiers, la notion de structure et d'institution est fondamentale, particulièrement depuis que les soins ont été professionnalisés et, de ce fait, institutionnalisés. Notre intérêt pour l'approche structuro-fonctionnaliste repose surtout sur la nécessité, pour les infirmières, d'un cadre précis pour exercer. Cependant, la dimension sociale est l'une des clés de voûte de la profession et les nouveaux enjeux et nouvelles pratiques imposent des interactions aux professionnelles en permanence, que ce soit avec la hiérarchie, les collègues de travail, les équipes multidisciplinaires, les familles des patients ou les patients eux-mêmes. Nous ne pouvions donc pas utiliser uniquement l'approche structuro-fonctionnaliste dans notre recherche, puisqu'elle ne nous aurait pas permis d'exploiter le côté relationnel des infirmières de la même manière ; c'est pour cela que nous nous sommes intéressés aux théories interactionnistes.

Pour abonder dans ce sens, nous avons aussi inclus les théories constructivistes à notre recherche pour leur prise en compte de l'expérience et du vécu personnels dans l'équation des interrelations des infirmières. Nous avons pris la décision de mener notre enquête de manière empirique et qualitative en effectuant des entrevues afin de garder cet aspect personnel et particulier dans nos analyses, d'où l'importance du choix des théories constructivistes.

Finalement, la notion d'identité est le concept clé de notre recherche, c'est sur celui-ci que tout repose. Nous souhaitons donc lui donner une place en conséquence dans notre ancrage théorique. Cependant, nous avons découvert au cours de nos lectures que le concept d'identité était saturé. Nous avons décidé de le diriger vers une sphère précise, celle de l'identité professionnelle, afin de donner un angle précis à notre usage du concept. De plus, à la lumière de la lecture du texte de Rogers Brubaker, *Au-delà de l'identité* (2001), nous nous sommes attardés sur l'utilité et la précision du concept d'identification pour notre recherche.

L'identification repose sur les interactions entre individus et permet à la fois de définir l'identité d'une personne par la manière dont elle se perçoit ; les infirmières dans notre cas, mais aussi de travailler sur les aspects souvent dissimulés tels que l'identification par autrui, qui impose des règles à respecter, des valeurs à défendre, des actions à effectuer, qui ne peuvent pas toujours correspondre à nos besoins, nos attentes, nos propres valeurs. Il nous semblait important de tenir compte de ces aspects potentiellement contradictoires dans les analyses de nos entrevues.

3.2 Méthodologie de recherche

La seconde section de ce troisième chapitre sera consacrée à la méthodologie utilisée pour mener notre recherche. Qualitative, cette dernière place les infirmières et les infirmiers au cœur de notre recherche. Afin d'en apprendre davantage sur leurs expériences personnelles, nous nous sommes attachés à mener notre recherche empiriquement, par le biais d'entrevues. Nous décrirons donc notre méthodologie de recherche, du choix du terrain au traitement des résultats en passant par le recrutement des participants.

Population

La population à l'étude est celle des infirmiers et infirmières cliniciens et cliniciennes, diplômés d'un programme universitaire de premier cycle en soins infirmiers. La profession étant à forte

dominance féminine (plus de 88 %), nous prévoyions que notre échantillon serait lui aussi composé en grande majorité de femmes. Nous souhaitions cependant mettre un point d'honneur à recruter des hommes dans notre échantillon afin d'obtenir leurs points de vue. À l'issue de notre recrutement, nous avons finalement obtenu la participation de trois femmes et d'un homme. Si notre choix s'est arrêté sur la catégorie des infirmières cliniciennes et des infirmiers cliniciens, c'est avant tout pour les responsabilités qui leur sont accordées ainsi que leur rôle sur le terrain au quotidien. En effet, la profession infirmière étant découpée en différentes sous-catégories, les professionnels qui exercent ce métier possèdent des qualifications différentes. Les [infirmières] cliniciennes, notamment, possèdent un diplôme de premier cycle universitaire, soit un baccalauréat (ou l'équivalent), tandis que les infirmières auxiliaires détiennent un Diplôme d'Études Professionnelles (DEP). Seuls les médecins, les Infirmières Praticiennes Spécialisées (IPS) et les Assistantes Infirmières en Chef (AIC) possèdent davantage de responsabilités que les cliniciennes et se situent plus haut au niveau hiérarchique. De la même manière, ils possèdent des diplômes reconnus comme étant plus élevés qu'un baccalauréat, tels qu'une maîtrise en soins infirmiers pour les IPS ou un doctorat pour les médecins. À titre de comparaison, les infirmières auxiliaires possèdent des compétences similaires aux cliniciennes. Cependant, ces dernières ont une responsabilité supplémentaire par rapport aux [infirmières] auxiliaires, celle d'évaluer l'état des patients. Cette responsabilité fait des infirmières cliniciennes la sous-catégorie professionnelle dans le domaine infirmier qui possède le plus de responsabilités à l'égard des patients dans tous types de services (contrairement aux IPS qui sont spécialisées dans certains domaines particuliers) mais aussi, et surtout, dont le travail quotidien est effectué sur le terrain, au contact direct des patients et des autres professionnels qui y exercent. Nous souhaitions, par le biais de ce mémoire, représenter la réalité d'une majorité d'infirmières et d'infirmiers exerçant au Québec, dans le domaine public et dans tous types de services hospitaliers, auprès de tous types de clientèles. Ainsi, notre choix s'est naturellement porté sur les infirmiers et infirmiers cliniciens et cliniciennes pour répondre à nos questions.

Terrain

Afin de recruter les infirmières cliniciennes et les infirmiers cliniciens qui ont participé à notre recherche, nous avons souhaité travailler avec un hôpital de la région de l'île de Montréal. Notre choix s'est arrêté sur le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, ou CHUM, qui a retenu

notre attention pour plusieurs raisons. Idéalement situé au centre-ville de Montréal et facilement accessible en transports en commun, l'emplacement du CHUM entrainait dans les critères de faisabilité de notre recherche. Ensuite, c'est pour son fonctionnement réputé sans Temps Supplémentaire Obligatoire (TSO) qu'il nous est apparu intéressant. Effectivement, nous avons appris par le biais des journaux que le CHUM n'avait pas recours au TSO. Confirmée par des connaissances internes à l'hôpital, cette philosophie de gestion était importante pour nous puisqu'elle entrainait, d'après nos recherches, en contradiction avec le fonctionnement de la plupart des hôpitaux du Québec. Nous souhaitions donc d'un côté comprendre les différentes stratégies mises en place par cet établissement afin d'éviter le TSO et, d'un autre côté, analyser les conséquences, qu'elles soient positives ou négatives, sur le travail des infirmières et infirmiers interrogés. Finalement, la troisième raison nous ayant poussé à travailler avec le CHUM a été la suivante : plus qu'un hôpital, c'est un centre hospitalier issu d'une restructuration. Effectivement, le CHUM est en fait né de la fusion de trois hôpitaux en 2017 soit l'Hôtel-Dieu de Montréal, l'Hôpital Notre-Dame et l'Hôpital Saint-Luc. Le CHUM n'est rattaché à aucun CIUSSS, il fait partie de la liste des établissements non-fusionnés (Gouvernement du Québec, 2016). Étant donné l'histoire de l'Hôtel-Dieu de Montréal, que nous avons quelque peu relatée au chapitre précédent, le CHUM semblait être un excellent candidat pour notre recherche.

En plus du CHUM, nous souhaitions travailler avec un second établissement, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR). Né lui aussi d'une fusion – entre l'Hôpital Maisonneuve et l'Hôpital Saint-Joseph de Rosemont⁵ en 1971, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont fait partie du CIUSSS de l'Est de l'île-de-Montréal. À nouveau, plusieurs raisons nous poussaient à travailler avec cet hôpital, telles que son accessibilité, sa provenance d'une fusion entre deux établissements hospitaliers, sa présence dans les journaux et articles d'actualité ou encore le mode de gestion utilisé par l'hôpital (utilisation du TSO, par exemple). Il semble aussi important de préciser que les deux centres hospitaliers avec lesquels nous souhaitions travailler, soit le CHUM et HMR, sont tous deux affiliés à l'Université de Montréal (UdeM), en tant que centre hospitalier pour le CHUM et par le biais du CIUSSS de l'Est de l'île-de-Montréal dont HMR fait partie. Nous avons exclu

⁵ Les Sœurs de la Miséricorde fondèrent l'hôpital Saint-Joseph de Rosemont en 1950, et les Sœurs Grises firent de même pour l'hôpital Maisonneuve en 1954.

l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de notre recherche pour des raisons pratiques et de faisabilité. En effet, étant donné la grève durant laquelle nous avons effectué notre enquête de terrain, il nous a été extrêmement difficile de joindre les personnes responsables des communications et autres accès aux services et départements hospitaliers. Nous nous sommes donc concentrés sur le CHUM, qui nous a été plus facilement accessible grâce à des connaissances à l'interne.

3.2.1 Enquête réalisée

Alors que cette recherche n'était encore qu'un projet, nous souhaitions effectuer trois étapes au cours de notre période d'enquête, soit une enquête qualitative (entrevues), une autre quantitative (questionnaire) ainsi qu'une dernière, de type ethnographique, avec l'observation directe du terrain étudié. Pour différentes raisons hors de notre contrôle⁶, nous avons dû réduire nos attentes et nos objectifs, en termes de faisabilité. Nous nous sommes donc bornés à une enquête de terrain, qualitative, qui nous semblait être la plus adaptée pour tirer un maximum d'informations d'une enquête de terrain restreinte.

Objectif de l'enquête qualitative

L'objectif de ces entrevues était d'établir un consensus autour de ce qui fonctionne, ne fonctionne pas et de ce qui pourrait être amélioré dans le domaine et l'organisation du travail infirmier pour améliorer tant les conditions de travail des infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens que les conditions de prise en charge des patients.

Entrevues semi-dirigées

Il nous semblait judicieux de conduire une série d'entrevues afin de permettre aux professionnels à qui nous nous adressions de parler de leur vécu, de leurs expériences et de leurs impressions plus précisément qu'à partir d'un questionnaire dont l'impersonnalité peut limiter l'obtention ~~empêcher~~ ~~d'obtenir~~ de détails spécifiques à des situations individuelles, personnelles.

⁶ Nous avons dû faire face à la pandémie de Covid-19 ayant entraîné la fermeture de l'enceinte de l'hôpital aux personnes non-nécessaires sur les sites, ainsi qu'à une grève du personnel du CHUM, ayant compliqué notre accès tant aux professionnels qu'aux départements/services hospitaliers.

Nous avons donc pratiqué une série d'entrevues semi-dirigées à partir d'une grille d'entretien (Annexe C). La méthode « semi-dirigée » nous a permis de maintenir la conversation autour des points clés de notre travail soit : l'identité infirmière, la relation d'aide et les changements qu'ont apporté les réformes du système de santé québécois à la profession infirmière, tout en assurant une certaine liberté de parole aux personnes interrogées. La grille d'entretien n'avait donc pas pour objectif d'être suivie à la lettre, mais d'être utilisée comme un outil, visant à recentrer la conversation, si nécessaire.

Nous souhaitons ainsi mener un minimum de quatre (4) et un maximum de douze (12) entrevues semi-dirigées avec une proportion hommes-femmes similaires à celle de la profession, soit environ deux (2) à trois (3) répondants hommes pour dix (10) à douze (12) entrevues. Nous prévoyions que les entrevues durent entre quarante-cinq (45) minutes et deux (2) heures. Au terme de notre enquête, un total de quatre (4) entrevues d'une durée moyenne d'une (1) heure avait été mené.

Population à l'étude : Critères de sélection

Notre principal critère de sélection pour cette enquête était le suivant : les répondants devaient exercer au CHUM, en tant qu'infirmière clinicienne ou qu'infirmier clinicien et ce depuis au moins 5 ans. Nous souhaitons, à l'origine, effectuer nos entrevues avec des répondants ayant au moins vingt (20) ans d'expérience dans la profession afin qu'ils et elles puissent nous parler de leur vécu en tant que professionnels ainsi que des changements survenus à la suite des réformes du système de santé québécois. Cependant, nous avons rapidement décidé d'écarter ce critère étant donné le faible nombre de personnes touchées par l'ensemble de nos critères. Le dernier mentionnait que les répondants devaient exercer dans l'un des quatre services hospitaliers que nous avons préalablement choisis pour mener notre enquête, soit : chirurgie d'un jour, hémodialyse, soins intensifs ou médecine interne. Le choix de ces services spécifiques s'est effectué sur la base du type de clientèle qu'ils reçoivent ainsi que sur l'importance de la présence des infirmières auprès des patients. Pour clarifier cela, voici les faits que nous avons pris en considération afin de déterminer quels seraient les services avec lesquels nous allions travailler pour mener notre enquête. Nous avons tout d'abord considéré l'ensemble des services hospitaliers du CHUM, cependant chacun d'entre eux existant pour une raison différente, ils offrent tous différents types de prises en charge et nous souhaitons garder une certaine cohérence, sans biais pour rendre les informations recueillies subjectives et non applicables à plus grande échelle. Ainsi, nous avons

décidé de réduire le nombre de services hospitaliers pouvant être sujets au recrutement de nos répondants au même nombre de types de prises en charge hospitalières globales que nous avons recensées, soit quatre, réparties comme telles :

- Chirurgie d'un jour : Prise en charge courte d'un patient pour quelques heures suite à une opération chirurgicale ne nécessitant pas d'hospitalisation mais une surveillance de courte durée, besoins généralement moins importants, relation d'aide à court terme.
 - o Le patient rentre chez lui après quelques heures et ne revient pas (dans la majorité des cas)
- Hémodialyse : Prise en charge continue d'un patient ayant une atteinte chronique, besoins plus ou moins importants sur une courte durée (le temps d'un traitement par dialyse), patients habitués à leurs conditions et à leur traitement, surveillance et relation d'aide à long terme
 - o Le patient rentre chez lui et revient pour chacun de ses traitements environ quatre heures, trois fois par semaine
- Soins intensifs : Prise en charge importante d'un patient ayant une atteinte la plupart du temps sévère, nécessitant une hospitalisation ainsi qu'une surveillance continue, relation d'aide à plus ou moins long terme avec le patient et avec la famille
 - o Le patient reste hospitalisé plusieurs jours/mois et sa famille lui rend visite
- Médecine interne : Prise en charge rapide et globale d'un patient ayant une affection inconnue lors de son admission et nécessitant un diagnostic ainsi qu'une prise en charge associée, surveillance importante et relation d'aide avec le patient (et sa famille, si applicable) à mettre en place le plus vite possible, tâches à effectuer rapidement en prenant en considération tous les facteurs
 - o Le patient entre à l'hôpital pour une raison inconnue et doit être diagnostiqué rapidement afin qu'il puisse être pris en charge adéquatement dès que possible

Les différents types de prises en charge, de besoins et d'attentes envers les infirmières en fonction de la fonction d'un service nous ont donc conduit à choisir les services de chirurgie d'un jour, d'hémodialyse, de soins intensifs et de médecine interne pour cadrer notre recherche.

3.2.2 Recrutement

Nous avons lancé nos appels de recrutement pour l'enquête dès réception de l'approbation éthique de notre recherche. Nous avons avant tout et surtout compté sur la stratégie boule de neige et sur le bouche-à-oreille pour recruter nos répondants. Nous avons aussi publié notre affiche de recrutement (Annexe 6) sur Facebook et Instagram. N'ayant pas eu accès à l'enceinte de l'hôpital, nous n'avons malheureusement pas pu déposer d'affiches directement sur le lieu de travail de nos participants.

Lors de l'ouverture de notre phase de recrutement, nous avons, pour rappel, les quatre (4) critères de sélection suivants :

- Être une infirmière clinicienne, un infirmier clinicien
- Exercer le métier d'infirmière clinicienne, d'infirmier clinicien au Québec depuis au moins cinq ans
- Être employée, employé au CHUM
- Travailler dans l'un des services hospitaliers suivants : chirurgie d'un jour, hémodialyse, soins intensifs ou médecine interne

Alors que le processus de recrutement était lancé depuis plusieurs semaines et avait été le sujet de plusieurs relances, nous n'avions toujours aucun répondant. Nous avons donc décidé d'ouvrir nos critères à une population plus large pour tenter d'obtenir la participation de quelques personnes.

Pour cette raison, nous demandions finalement à nos répondants qu'ils et elles exercent la profession d'infirmière clinicienne, d'infirmier clinicien, depuis au moins cinq ans, tous lieux confondus et qu'ils et elles aient une expérience de travail d'au minimum deux ans au Québec.

Nous avons mis en place un formulaire à remplir par le biais de l'application *Google Form* afin de pouvoir procéder à un pré-tri des participants. Dans ce formulaire, nous demandions plusieurs informations socio-économiques aux intéressés telles que l'âge, l'année d'obtention du diplôme d'infirmier ou d'infirmière clinicien.ne, l'année d'embauche au CHUM, une adresse courriel ou un numéro de téléphone pour les rejoindre, etc. Grâce à cela, nous pouvions nous assurer que ces personnes répondaient aux critères de sélection susmentionnés.

3.2.3 Échantillonnage

Au terme de notre enquête, nous avons mené quatre (4) entrevues semi-dirigées. Notre échantillon se compose donc de trois (3) femmes et d'un (1) homme. Tous nos répondants exercent au CHUM, et ce depuis en moyenne 3 (trois) ans. La moyenne d'âge de notre échantillon est de trente-trois ans passés (33,75 ans), l'âge médian est trente-quatre (34) ans. Un (1) répondant est d'origine québécoise, deux (2) sont d'origine française et un (1) d'origine sud-américaine. Ils travaillent pour le CHUM depuis, en moyenne, cinq (5) ans.

Diplômés depuis en moyenne treize (13) années, nos répondants possèdent une expérience solide dans le domaine des soins infirmiers. La majorité d'entre eux (3 sur 4) a déjà travaillé dans au moins un autre service hospitalier avant d'exercer dans celui dans lequel nous l'avons recruté. Nous sommes d'ailleurs en mesure d'affirmer que le service dans lequel ils et elles travaillent actuellement et ses conditions d'exercice ne sont pas les seules qu'ils et elles abordent durant les entretiens puisque les répondants, sans différenciation aucune, possèdent, entre autres, des expériences dans les services de : soins intensifs, transplantation, hématologie, chirurgie cardiaque et vasculaire.

Trois (3) répondants exercent dans le service d'hémodialyse, un (1) en soins intensifs, aucun répondant n'exerce dans le service de chirurgie d'un jour ni dans celui de médecine interne. La représentativité des services hospitaliers vis-à-vis la relation d'aide que nous souhaitons obtenir est donc inexistante. Cependant, étant donné l'importance du point susmentionné concernant les expériences multiples de nos répondants, nous pourrions tenter d'établir des parallèles lors de nos analyses des entretiens.

Il nous semble important de mentionner ici que la plus grande représentativité du service d'hémodialyse dans la sélection de nos participants est due à la présence d'un de nos contacts à l'interne dans ce même service, contact qui a pu partager l'information concernant notre recherche et proposer à nos répondants de participer.

3.2.4 Traitement des résultats

Afin d'analyser les résultats de notre enquête qualitative, nous avons dans un premier temps retranscrit chaque entrevue, préalablement enregistrée. Nous avons ensuite analysé les entrevues

une par une et segmenté les différentes parties qui les composaient. Une fois les fragments d'entrevues codés, nous avons créé des thèmes, sous-thèmes et des catégories, en allant du plus complexe vers le plus simple, du personnel vers le général.

CHAPITRE 4

ANALYSE DES RÉSULTATS

Pour rappel, notre grille d'entrevue a été construite sur la base des trois grands axes qui ont guidé notre recherche, soit : la profession infirmière, les restructurations du système de santé et la relation d'aide, qui se trouve au cœur du métier. Ce chapitre porte sur la présentation et l'analyse des résultats obtenus par le biais des entrevues menées dans le cadre de cette recherche.

De l'ensemble de nos résultats, nous avons dégagé quatre grandes catégories. Suite à la lecture et à l'analyse de nos quatre entrevues, nous pouvons affirmer que tous nos répondants travaillent quotidiennement en tenant compte de ces quatre types de préoccupations différentes. D'abord, on discerne des considérations d'ordre personnel, propres à chaque infirmière, individuelles. On y retrouve notamment les raisons d'exercer le métier d'infirmière, les insatisfactions au travail, les stratégies mises en place afin de contrer les effets des mauvaises conditions de travail, etc. Nous avons ensuite établi qu'une grande majorité des inquiétudes et des considérations des infirmières étaient portées vers les patients. Entre autres, nous retrouvons dans cette catégorie l'essence de la relation soignant-soigné, les inquiétudes des infirmières vis-à-vis leurs patients et les impacts des conditions de travail sur ces derniers. En troisième lieu, nous retrouvons les considérations des infirmières concernant leur métier et l'avenir de la profession. Finalement, c'est une catégorie concernant l'importance du travail d'équipe (soutien, entraide, prise en charge globale des patients) qui est présentée en dernier lieu.

4.1 Les considérations personnelles, individuelles des infirmières

Ce que nous appelons considérations personnelles des infirmières relève des facteurs qui les touchent personnellement, de manière individuelle, dans le cadre de leur travail quotidien en tant qu'infirmières.

Les différentes raisons d'exercer le métier d'infirmière

Si nos répondants exercent le métier d'infirmière, c'est principalement pour leur grand intérêt pour l'humain, le corps humain et la santé. Leur volonté de s'occuper d'autrui, de prendre soin et d'aider

participe à leur amour de la profession ; pour certains, les soins infirmiers sont même une passion.

Voyons quelques extraits de nos entrevues :

Le milieu de la santé est un truc vraiment très passionnant, l'être humain est quelque chose de passionnant. [...] T'as ce rapport là à toute la beauté du corps humain, toute la complexité, tout ça. (Caroline, Entrevue 4)

Je voulais connaître le corps humain [...], c'était ça qu'il fallait faire, j'étais vraiment passionnée. [...] Être infirmière, je n'ai jamais regretté ! (Julie, Entrevue 3)

Tout le milieu médical m'intéressait [...]. Ça m'intéressait de faire une relation d'aide à la personne, un métier d'aide à la personne, donc d'apporter des soins. D'être un soutien pour les personnes... (Marianne, Entrevue 2)

J'ai tout le temps été quelqu'un qui aimait entrer en relation avec les autres, prendre soin des autres. (Pierre, Entrevue 1)

Être infirmière signifie avoir accès à différentes spécialités au cœur d'une même discipline. Cela permet à ceux qui l'exercent de travailler dans plusieurs types de services hospitaliers, dans différentes conditions et avec des patients dont les pathologies et les besoins sont différents. Nos deux répondantes ayant le plus d'expérience dans la profession nous ont mentionné avoir profité de ces possibilités plusieurs fois au cours de leurs carrières :

Quand j'ai commencé j'avais besoin de changement donc j'ai beaucoup changé [de service. [...] Mais aujourd'hui c'est comme si je cherche quelque chose [où] je peux rester plus longtemps. (Julie, Entrevue 3)

J'ai fait pas mal le tour, j'ai travaillé dans le public, j'ai travaillé dans le privé, j'ai fait du libéral, donc j'étais en France, maintenant je suis là au Québec... (Caroline, Entrevue 4)

Au quotidien, la profession infirmière exige des professionnels qu'ils répondent à des demandes multiples et en tous genres. La polyvalence est de mise dans un métier qui « touche à tout » comme nous le confirment nos répondants :

Dans ce que moi je vois de ce métier-là, [c'est] une prise en charge un peu holistique de tout ce qu'est un être humain (Caroline, Entrevue 4)

Le métier d'infirmier c'est essayer d'être un peu tout à la fois, essayer d'être un peu médecin, un peu psychologue, un peu ergo[thérapeute], un peu physio[thérapeute] (Pierre, Entrevue 1)

Afin de pouvoir fournir ce type de services sur la durée, il est important que les professionnels continuent toujours de se renseigner et d'apprendre, par le biais de formations et de lectures personnelles, notamment. Ils nous ont d'ailleurs parlé de l'importance de suivre l'évolution du domaine de la santé et du système de soins de santé :

On apprend en permanence, c'est un métier dans tous les cas en évolution où il faut se tenir informé du mieux qu'on peut (Marianne, Entrevue 2)

C'est un métier qui est en constante évolution, la santé est en constante évolution [...] Je trouvais ça aussi agréable de pouvoir changer, apprendre, constamment [...] c'est-à-dire que tu peux faire des trucs très différents tout au cours de ta carrière (Caroline, Entrevue 4)

La motivation principale des infirmières à exercer leur métier reste avant tout les patients dont elles s'occupent, placés sous leur responsabilité. Au début de leur carrière, deux de nos répondants nous ont mentionné, mot pour mot, avoir eu l'idée et la volonté de sauver tout le monde, de travailler parfaitement. Tombés nez à nez avec la réalité du terrain, ils travaillent désormais avec un objectif : faire de leur mieux pour leurs patients :

Je me disais que j'allais changer le monde pis finalement je change le monde de mes patients, un patient à la fois (Pierre, Entrevue 1)

Quand on commence on est plein d'espoirs, on a un peu un truc de « on va sauver l'humanité et faire le bien et tout va être génial [...] maintenant on se dit « okay, je fais ce que je peux et je donne ce que je peux » [...] et puis c'est déjà pas mal (Caroline, Entrevue 4)

Le système actuel de santé au Québec prône l'autonomisation des patients. Cela implique que les infirmières jouent un rôle dans l'apprentissage et dans l'éducation des patients dans le cadre de leurs soins. L'un de nos répondants nous a mentionné son intérêt pour cette démarche :

Moi je suis très pro-enseignement, pour moi là ça coule de source qu'on fasse de l'éducation à la santé (Pierre, Entrevue 1)

Don de soi

Une grande partie du métier d’infirmière repose sur le don de soi⁷. Le fait de travailler avec d’autres êtres humains et d’avoir entre les mains leur vie ou leur santé implique d’être capable de continuer à fonctionner et à travailler, quoi qu’il arrive. Ainsi, il est primordial pour les infirmières de pouvoir dissocier leur vie professionnelle de leur vie personnelle et d’être présentes dans l’instant, auprès des patients. Ce sont, d’après l’une de nos répondantes, des apprentissages qui s’acquièrent dans un premier temps à l’école puis avec l’expérience :

Il y a des jours où je ne suis pas capable d’écouter les gens [...] ça demande quand même de l’investissement de soi. [...] Il y a quand même une base qui s’apprend, et après tu y vas avec ton instinct, avec tes émotions du moment et avec ce que la personne a, en face de toi (Caroline, Entrevue 4)

Plus loin dans son entrevue, Caroline précise :

À force de le faire, on est entraînés aussi, c’est-à-dire que je pense qu’on est capables quand même d’être un peu efficace même quand on n’est pas dans un bon jour, c’est un truc que tu fais un peu instinctivement finalement, à force, quoi. (Ibid.)

Quotidiennement, les infirmières doivent faire face à des émotions, les leurs ou celles d’autrui (patients, famille des patients, collègues, etc.). Il est bien connu qu’elles sont confrontées à des situations difficiles, telles que la mort, la maladie, la tristesse, etc. Nos quatre répondants nous ont parlé de leurs perceptions du métier tel qu’étant difficile et gratifiant, émotionnellement lourd et beau :

Ça prend une certaine vocation pour être capable justement de dealer avec des patients qui sont malades, avec des familles qui se sentent impuissantes. (Pierre, Entrevue 1)

[C’est] un métier où on voit des choses, quoi ! [...] C’est pas un métier confortable. (Marianne, Entrevue 2)

⁷ Don de soi : Renonciation à ses propres intérêts au profit de ceux des autres. Les principaux synonymes du *don de soi* sont l’altruisme, le dévouement, le sacrifice (TV5 Monde, 2024).

À chaque patient, je dis que ma vie est touchée aussi. [...] Il faut avoir quelque chose qui te touche vraiment pour être là parce que sinon je trouve qu'il y a beaucoup de choses qui sont difficiles dans la profession [...], il faut avoir quelque chose sinon c'est trop dur, trop dur [de] continuer. (Julie, Entrevue 3)

Tu ne continues pas si c'est pas un truc qui te va, c'est pas un métier que tu peux faire pour manger je pense. Il faut que t'aies un peu autre chose là parce que c'est quand même difficile pour que ce soit juste un métier alimentaire. (Caroline, Entrevue 4)

Nous tenons à mentionner ici que trois personnes sur les quatre interrogées ont souligné l'inadéquation du terme « vocation », utilisé dans le questionnaire d'entrevue. Cependant, tous les quatre s'accordent, et ce malgré la connotation négative du terme, sur le fait qu'« une certaine vocation » (Pierre, Entrevue 1) est nécessaire pour exercer le métier d'infirmière :

J'aime pas dire ça, ce mot-là, « vocation » parce que ça nous ramène dans le temps des garde-malades qui avaient la vocation de prendre soin (Pierre, Entrevue 1)

Quand on dit vocation c'est toujours d'emblée penser qu'il faut que tu fa[sses] comme un bénévolat dans la vie. Donc tu es là parce que tu aimes, tu as la vocation donc il faut que tu donnes tout sans rien demander [...] Le mot vocation ça me dérange un peu (Julie, Entrevue 3)

C'est cette espèce d'image un peu de... tu sais genre on est une profession, on était des bonnes sœurs hein à la base, et je pense que c'est encore un peu présent maintenant, je pense que c'est ce qui nous empêche d'avancer (Caroline, Entrevue 4)

Souvent, des pauses ne sont pas prises, des heures de fin de quarts changent sans préavis, et cela parce que les infirmières choisissent de faire passer le bien être des patients avant le leur :

Souvent, je saute ma pause pour pouvoir justement parler avec mes patients, je finis un petit quinze, vingt minutes plus tard (Pierre, Entrevue 1)

Pour terminer cette section touchant au don de soi des professionnelles que sont les infirmières, nous souhaitons utiliser un extrait de l'entrevue de Marianne (Entrevue 2), dans lequel elle exprime un dévouement important pour ses patients en expliquant le fait qu'elle préférerait assurer une bonne prise en charge de ses patients plutôt que de bonnes conditions, pour elle, au travail :

On fait du mieux qu'on peut et je pense que la priorité pour nous c'est plus la qualité des soins et vraiment la sécurité des soins pour le patient aussi plutôt que notre qualité au travail, notre qualité de travail pour nous, le personnel. (Marianne, Entrevue 2)

Décalages entre la théorie et la pratique

Il existe un décalage entre la théorie et la pratique qui place les infirmières dans des situations parfois déplaisantes. En effet, dès les prémisses de la formation d'infirmière, chaque nouvel étudiant est mis face à une ribambelle de valeurs humaines idéales. Prônées par le système de santé ainsi que par la majorité des infirmières qui le compose, ces valeurs ont pour objet la mise en place et le maintien de prises en charge et de soins adéquats, adaptés, idéaux pour les patients. Dans les valeurs que porte la profession infirmière, nous retrouvons entre autres : l'humanité, l'autonomie, la compétence, la collaboration ou encore l'excellence des soins. Or, la majorité du temps (pour trois répondants sur quatre) la réalité du terrain empêche les infirmières de travailler en assurant l'application de l'ensemble de ces valeurs :

Non, rien n'est applicable, au fur et à mesure des réformes, c'est de pire en pire. (Marianne, Entrevue 2)

Ma première journée à l'université, ils ont fait une grande présentation on va dire par rapport à l'humanisation : autant que les soins infirmiers sont humains, qu'il faut qu'on pense à l'humanisation du patient, l'humanisation du soin et [...] j'ai trouvé ça merveilleux, je me disais « c'est ça, c'est vraiment ça qu'il faut penser ! » Mais finalement c'est ça qu'on trouve pas... (Julie, Entrevue 3)

C'est des très belles valeurs sur le papier, après les conditions de travail font que tu ne peux pas les appliquer à 100%, c'est pas vrai. [...] De manière générale, c'est des très belles théories qu'on essaie d'appliquer avec grand mal des fois sur le terrain. (Caroline, Entrevue 4)

Il semble important de noter ici que les trois infirmières dont nous venons de partager les avis travaillent dans un même service. Dans le cadre d'autres spécialités et d'autres services hospitaliers, il semble que les valeurs et leur application soient perçues différemment :

Sur mon unité en chirurgie cardiaque, c'est très respecté. Les infirmières qui sont là sont là parce qu'[elles] aiment la chirurgie cardiaque, parce qu'[elles] aiment la spécialité, [elles] aiment la clientèle donc... Les valeurs sont très respectées. (Pierre, Entrevue 1)

Dans le même ordre d'idées, les répondants nous ont parlé des décalages, voire des contradictions entre les demandes et attentes des gestionnaires et les possibilités sur le terrain :

La plupart du temps tu donnes pas la chance à l'infirmière, au professionnel qui est là d'être humain (Julie, Entrevue 3)

C'est un métier difficile parce qu'on a des humains en face et on essaie de délivrer les meilleurs soins mais... avec les conditions qui s'appliquent, qui sont de plus en plus restrictives, c'est difficile (Marianne, Entrevue 2)

C'est un peu dommage, on nous prône la qualité des soins de plus en plus, de plus en plus et c'est... c'est beaucoup de comm' je trouve parce que finalement on nous enlève tout au fur et à mesure, on nous enlève tout ce qui fait qu'on peut justement travailler de manière qualitative. (Caroline, Entrevue 4)

Néanmoins, tous nos répondants nous ont affirmé avoir reçu des enseignements adéquats, qui leur ont permis d'éviter des désillusions lors de leur entrée dans la profession infirmière :

On avait été bien préparés justement pour qu'on ait le moins de surprises possibles (Pierre, Entrevue 1)

Avant qu'on commence la formation, oui, évidemment, on s'attendait pas à ça mais maintenant, pendant qu'on a fait notre formation, nos stages... Je pense qu'on savait déjà à quoi s'attendre. (Marianne, Entrevue 2)

On a beaucoup plus de théorie et [...] moins de pratique. [...] On a beaucoup de règles, moins de pratique, moins de choses qui arrivent vraiment dans la vraie vie, on va dire. (Julie, Entrevue 3)

Dès le départ tu sais que le terrain et la vraie vie... C'est pas la même chose que ce que t'apprends à l'école ! [...] Je trouve qu'assez rapidement tu vois la réalité du terrain là, t'arrives pas dans un truc plein de paillettes (Caroline, Entrevue 4)

Insatisfactions liées aux conditions de travail

Dans le cadre de leur exercice quotidien, les infirmières sont confrontées à des conditions de travail parfois difficiles. Depuis les cinq dernières années, soit plus ou moins depuis l'arrivée de la pandémie de COVID-19, elles font face à une dégradation particulièrement importante de ces conditions d'exercice. Cet aspect a d'ailleurs plus souvent été abordé par les répondants en premier lors des entrevues que par l'étudiante-chercheuse.

Nous tenons à faire une parenthèse ici concernant les conditions de travail liées spécifiquement à la pandémie de COVID-19. Notre enquête de terrain s'étant déroulée post-pandémie, les conditions de travail et les pratiques avaient changé pour pallier les difficultés liées à la pandémie en elle-même. Cependant, il nous paraît opportun de mentionner que cet élément n'a pas été pris en compte dans notre recherche comme un facteur mais uniquement comme un élément contextuel. En effet, nous souhaitons de cette manière éviter de créer des biais de réflexion. La situation durant la

COVID-19 étant exceptionnelle, les mesures prises à ce moment-là l'étaient, elles aussi. Ainsi, bien que nous ayons conscience des impacts plus ou moins nombreux et plus ou moins importants de la pandémie sur la pratique du travail d'infirmière, nous ne souhaitons pas en faire un élément d'analyse, de compréhension. Nous avons donc sciemment construit notre grille d'entretien sans mention de la pandémie ou de ses effets sur la pratique quotidienne des infirmières.

En général, ce sont les aspects suivants qui ressortent davantage de l'analyse des entretiens : manque de temps, lourdeur administrative, ratios patients-soignants trop importants, pression permanente, comme mentionné :

L'ambiance, je pense, au travail, est moins bonne, l'entraide, tu sais... si on a moins le temps de t'aider donc je trouve que le risque d'erreur est plus présent donc les conditions se dégradent (Marianne, Entrevue 2)

Des fois tu n'as pas le temps de vraiment t'arrêter, penser, planifier les soins parce qu'il faut juste que tu cours d'un coin à l'autre là pour y arriver parce que ton quart va finir et ta collègue va pas comprendre, il faut que les choses soient prêtes là ! (Julie, Entrevue 3)

On fait énormément, énormément de paperasse qui nous font perdre un temps fou [...]. En discutant avec les collègues c'est quand même un ressenti un peu général de... il y a beaucoup de papiers à faire et finalement tu n'es plus vraiment auprès du patient. (Caroline, Entrevue 4)

Il nous semblait pertinent de présenter ici deux autres extraits issus respectivement de l'entretien de Marianne (Entrevue 2) et de celle de Julie (Entrevue 3) qui expliquent à la fois leur impuissance concernant les conditions de travail ainsi que leurs inquiétudes vis-à-vis ses patients :

On milite beaucoup pour le salaire tout ça mais je pense que vraiment ce qui est primordial c'est les conditions de travail et comment on prend soin de notre patient, et je pense que oui, si on était plus nombreux ou si on avait moins de patients, je pense que la journée, ce serait vraiment mieux. (Marianne, Entrevue 2)

C'est la surcharge, c'est les ratios, avoir moins de patients, ça va nous permettre d'avoir... de donner vraiment de bons soins. (Julie, Entrevue 3)

De plus, nos répondants nous ont mentionné, à titre plus personnel, certains impacts des horaires de travail atypiques, notamment, ou encore leur impression de ne pas être écoutées par les décideurs et autres gestionnaires :

Les trucs d'équipes volantes, les rotations, tu vas faire des rotations, tout ça peut aussi gâcher ta vie. Tu sais jamais où tu vas travailler, tu n'établis pas une routine, tu n'arrives pas à faire les choses... [...] Si je travaille de soi, je vois pas mes enfants. (Julie, Entrevue 3)

Je pense qu'ils savent notre point de vue hein vu qu'on est en pleine grève mais... mais est-ce qu'ils écoutent ? C'est une bonne question ! (Marianne, Entrevue 2)

Lien avec la pandémie de COVID-19

Il nous semble opportun d'ajouter ici une section explicative concernant la pandémie de COVID-19 que nous avons abordée en introduction en tant qu'élément contextuel. En effet, entre 2020 et 2022 (surtout), les conditions de travail des infirmières ont été fortement dégradées par le contexte pandémique.

Stratégies d'adaptation aux conditions de travail

Afin de pallier les conditions de travail au quotidien, les infirmières doivent en permanence s'adapter. La remise en question est au cœur de leur pratique. La réflexivité, qui s'acquière avec le temps, leur permet notamment de faire face à des situations de doute ou d'impuissance. La plupart du temps, les infirmières et infirmiers interrogés nous ont rapporté faire « de leur mieux » afin de garantir des soins sécuritaires et de qualité aux patients dont ils s'occupent :

On fait du mieux qu'on peut avec les conditions qu'on a, avec la possibilité du personnel malheureusement et avec la charge de travail (Marianne, Entrevue 2)

L'histoire qu'on sauve des vies, ce n'est pas vrai, parce que ce n'est pas à nous de décider, on fait ce qu'il faut faire [...] Si on peut pas changer [l'issue de la maladie], on va faire de notre mieux ! Donc le fait d'écouter, d'être là, ça fait tout un changement. (Julie, Entrevue 3)

Donc t'es là en fait « Oui, moi je veux faire de la qualité mais tu m'en empêches donc qu'est-ce que je fais ? » Donc on fait de notre mieux là, voilà, c'est déjà pas mal. (Caroline, Entrevue 4)

Combinée à cette réflexivité pratique, la délégation permet aux infirmières d'avoir davantage de temps pour faire certaines tâches pendant que celles dont elles ne peuvent s'occuper sont prises en charge par des infirmières auxiliaires ou des préposées, selon le niveau de spécialisation nécessaire.

Émotions négatives redondantes liées aux conditions de travail

Lors des entrevues menées avec nos quatre répondants, nous avons relevé plusieurs mentions d'émotions négatives. Parmi ces dernières, nous retrouvons principalement : épuisement, stress, frustration, fatigue, découragement, colère, impuissance, culpabilité, remise en question. Dans la majorité des cas, ce sont les conditions de travail qui sont responsables de ces ressentis. Les extraits que nous pourrions citer sont multiples, nous avons choisi de n'en citer qu'un pour chaque répondant, le plus parlant :

Moi, je reviens d'un arrêt maladie de six mois à cause de la charge de travail donc ça cause beaucoup de problèmes ! [...] T'sais avec une charge de travail énorme on se sent un peu impuissant face à nos patients. On se sent coupables de pas avoir le temps de tout faire, de donner des soins de bonne qualité... (Pierre, Entrevue 1)

Vu les conditions de travail difficiles, le stress quand même qu'on a au quotidien parce que c'est quand même des personnes qu'on a en face donc... on n'a pas trop le droit à l'erreur (Marianne, Entrevue 2)

Tu n'arrives pas vraiment à les faire [les soins] et tout le monde sait que tu vas pas réussir à les faire parce que la surcharge est là. Mais c'est comme si tout le monde fait juste pousser dans la pression de dire il faut que tu te rappelles qu'il faut faire mais tu n'arrives pas à le faire parce que c'est beaucoup. (Julie, Entrevue 3)

Pour avoir croisé pas mal de collègues dans ma carrière, je suis pas la seule à dire ça, on a tous eu envie d'aller élever des chèvres, vendre des fleurs, des cafés, faire des trucs qui sont quand même moins pesants émotionnellement et dans la pression que tu peux avoir tous les jours, dans le moindre geste que tu fais, dans les erreurs potentielles qui peuvent avoir des conséquences, ce qui est un truc que tu portes de plus en plus. [...] Ça prend une tournure qui n'est pas très joyeuse donc je pense que je ne peux plus, de toute façon, être infirmière sur le plancher. (Caroline, Entrevue 4)

4.2 Les considérations des infirmières pour leurs patients

Cette section a pour but d'aborder l'ensemble des résultats obtenus par le biais des entrevues concernant les considérations des infirmières pour leurs patients. Les infirmières ont deux rôles principaux à remplir auprès des patients, leur dispenser des soins d'ordre physique et établir une relation d'aide. La relation d'aide étant l'un des éléments clés de notre recherche, nous avons mené et analysé nos entrevues dans l'optique d'en apprendre davantage sur cet aspect précis de la prise en charge. Nous allons donc présenter les quatre thèmes que nous avons pu tirer de nos analyses.

L'essence de la relation d'aide

Définie dans la revue de littérature, nous souhaitons rappeler que la relation d'aide est « une interaction particulière entre deux personnes, l'infirmière et le client, chacun contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide présent chez ce dernier » (Chalifour, 1989, p.18 ; Chalifour, 1993, 1999).

Nous avons interrogé nos répondants sur leur propre définition de la relation d'aide, voici ce qu'ils nous ont dit :

C'est arriver à créer un lien de confiance ou un lien thérapeutique là, le plus rapidement possible avec le patient, avec ses proches pour être en mesure de justement donner les meilleurs soins possibles. C'est quelque chose qui est un peu inné, qui vient aussi avec l'expérience. (Pierre, Entrevue 1)

Je pense que la relation d'aide c'est déjà écouter le patient donc pouvoir essayer d'établir une relation de confiance aussi, pour qu'il puisse nous parler de ce qu'il ressent et pour qu'il puisse avoir confiance [en les] soins qu'on lui délivre (Marianne, Entrevue 2)

C'est être à l'écoute. Quand on est à l'écoute des patients, on peut vraiment guérir, on peut vraiment aider. Toucher la vie et les aider à développer des ressources et regarder d'autres chemins... Ça peut les aider. (Julie, Entrevue 3)

Tu deviens quelqu'un d'extérieur qui juge pas, qui est là pour écouter tout ce que la personne a à te dire [...] c'est vraiment de l'empathie au plus haut point quoi, c'est-à-dire de prendre tout ce qu'on donne et de pas juger et puis un maximum d'essayer d'aider des fois tu peux pas des fois juste t'écoute, ça aide (Caroline, Entrevue 4)

Globalement, les répondants abordent l'importance de l'écoute active, de la création d'un lien, d'une relation de confiance, de la compassion, de l'empathie et de l'humanité nécessaire à la bonne réalisation d'une relation d'aide. La prise en charge doit répondre aux besoins des patients, être adéquate et globale.

Relations différentes avec les patients selon les époques et les services hospitaliers

Selon les époques et les services hospitaliers dans lesquels travaillent les infirmières, les conditions de prise en charge des patients et la nature des relations d'aide qui sont créées sont différentes. En effet, nos répondants font état de disparités, particulièrement entre les patients chroniques et les patients hospitalisés sur des unités aigües :

[En dialyse], c'est différent par rapport à une unité de soins aigus, je trouve. Pour moi, il faut plus accentuer la relation avec le patient parce qu'il est là des mois ou des années [...] Ce seront des patients qui seront là toute leur vie (Marianne, Entrevue 2)

Quand tu changes de département [...] la relation change aussi. [...] Le chronique va être différent de l'aigu parce que les inquiétudes sont différentes donc ça fait tout un changement. (Julie, Entrevue 3)

Tu peux prendre en charge pour la même chose deux personnes qui viennent pour la même pathologie ou quoi que ce soit, ce sera deux prises en charge très différentes parce que... parce qu'on est tous très différents (Caroline, Entrevue 4)

L'évolution de la santé, du rapport aux maladies et le développement des maladies chroniques entraînent des changements dans la prise en charge des patients, l'accompagnement des familles et la création de relations d'aide. L'inclusion des patients et de leur famille dans les décisions d'ordre médical (Modèle McGill⁸) peut avoir une incidence dans la réalisation des soins :

Elle [la conjointe du patient] s'immisçait beaucoup dans les soins, elle remettait tout le temps en question les traitements, les soins qu'on pouvait donner à son conjoint pis t'sais malgré tous les efforts qu'on a mis, on n'a jamais réussi à établir de relation de confiance (Pierre, Entrevue 1)

Quand je travaillais en unité aigüe, je demandais moins l'avis aux patients parce qu'ils ne savaient pas. [...] En unité de dialyse, je pense que le patient connaît plus, se connaît plus donc c'est vrai qu'il arrive que je demande au patient ce qu'il préfère [...] je vais essayer aussi de prendre son avis pour l'inclure dans le soin afin qu'il subisse moins sa maladie et qu'il participe à ses soins. (Marianne, Entrevue 3)

Comme l'ont exprimé nos deux répondants, la prise en compte des avis des patients et/ou de leur famille, selon l'unité ou la raison de la présence du patient à l'hôpital peut être à l'origine de prises en charge différentes.

Impacts des conditions de travail sur la prise en charge des patients

Plusieurs fois au cours des entrevues, les répondants ont fait mention des impacts de leurs conditions de travail sur leur prise en charge et sur les patients dont ils s'occupent. Nous avons notamment appris qu'il existait une certaine priorisation des soins et des actes lors des quarts de

⁸ Voir l'explication du modèle McGill à la page 21

travail au cours desquels la charge de travail était trop importante pour fonctionner de manière adéquate :

À un moment donné, je comprends, on n'a pas le choix de couper sur certains soins pis souvent c'est la relation infirmier-patient qui est coupée en premier. (Pierre, Entrevue 1)

Nous, on n'est pas responsables de tout cela et malheureusement c'est plus le système qui veut ça, nous on subit un peu les normes et on subit un peu toutes ces réformes et je trouve que bah c'est ça, qui subit en fait c'est le patient et nous et malheureusement on reste impuissants face à ça et voilà, on fait du mieux qu'on peut mais voilà, c'est pas simple. (Marianne, Entrevue 2)

[...] Je pense que l'écoute... Mais l'écoute vraiment quoi, pas l'écoute entre deux portes parce que tu te dis « Attend j'ai encore dix dossiers à faire et tout », non mais vraiment, je pense que ça nous enlève ce truc-là qui pour moi est l'essence vraiment de ce métier quoi ! (Caroline, Entrevue 4)

Le sujet du TSO est aussi apparu dans deux de nos entrevues, laissant apparaître les dangers et autres préoccupations que cette pratique peut occasionner :

Les TSO ont été abolis au CHUM [...] on essaie de trouver d'autres moyens que le TSO pour combler les équipes. S'il manque un infirmier sur le quart de jour, cette journée-là on va travailler à moins un infirmier. On va avoir plus de patients mais au moins on sait qu'à la fin de notre quart on va pouvoir rentrer à la maison... T'sais on n'est pas dans l'incertitude de si on va devoir travailler un quart supplémentaire... (Pierre, Entrevue 1)

Le TSO ça fait vraiment un impact parce que quand tu es fatigué, ton attention va diminuer, ta concentration va diminuer aussi [...] Tu n'es plus 100% à ton travail et là tu es plus fatigué, tu es plus stressé, tu es plus facilement irritable, tes relations ça sera de moindre qualité, des fois c'est pas humain... (Julie, Entrevue 3)

Il nous semble important, néanmoins, de noter que Pierre (Entrevue 1) a mentionné le fait que d'après lui, ce n'était pas forcément le TSO en tant que tel qui posait problème en termes d'organisation, mais le fait qu'il soit utilisé trop fréquemment et non en dernier recours :

Le TSO a sa raison d'être dans le réseau de la santé, quand c'est utilisé de manière occasionnelle... Très occasionnelle, pour pallier vraiment un manque d'infirmiers... La seule chose c'est que maintenant, il est utilisé comme un mode de gestion... (Ibid.)

Le TSO semble donc être un sujet de préoccupation important pour les infirmières et les infirmiers du CHUM malgré sa quasi-inexistence dans cet établissement. Cependant, le non-recours au TSO

semble être à l'origine d'autres enjeux tels que la prise en charge d'un nombre de patients plus important que prévu⁹ au cours des quarts de travail normaux, comme mentionné par Pierre (Entrevue 1) qui affirme que l'absence d'un infirmier entraîne la prise en charge de ses patients par les autres membres de l'équipe. Ainsi, la charge de travail est augmentée pour l'ensemble de l'équipe et les patients

Inquiétudes des infirmières par rapport à la prise en charge de leurs patients

Alors que les patients subissent la dégradation des conditions de travail des infirmières, ces dernières s'inquiètent des impacts que cela peut avoir sur eux (soins retardés et/ou accélérés, moins de sécurité dans les soins, qualité moindre, etc.). Les difficultés d'accès aux soins et l'absence de prévention semblent aussi constituer des facteurs de préoccupation pour les infirmières qui constatent que leurs patients ne sont pas toujours pris en charge dans les temps, qu'ils soient hospitalisés ou qu'ils attendent pour une consultation avec un médecin :

On a beaucoup de soins qui sont pas faits, qui sont en retard, qui sont oubliés... (Pierre, Entrevue 1)

L'accès aux soins est très compliqué, l'accès aux médecins [...] Nous nos patients chroniques, qu'ils aient un rhume, qu'ils soient fatigués, dans tous les cas ils ne passent même pas par leur médecin de famille, ils passent pas le néphrologue, le médecin de dialyse, parce que c'est trop compliqué de voir leur médecin de famille. (Marianne, Entrevue 2)

Je trouve qu'il manque vraiment beaucoup de ressources pour travailler avec les patients, même après, dans la prévention, on n'a pas de prévention aujourd'hui. Si on pense à renvoyer ces patients à la maison il faut les soutenir aussi, il faut donner vraiment des ressources (Julie, Entrevue 3)

4.3 Réflexions sur le métier d'infirmière

Fuite de la main-d'œuvre

Comme nous l'avons vu précédemment, les infirmières perçoivent leur métier d'une manière relativement positive malgré les conditions de travail dans lesquelles elles l'exercent. Cependant,

⁹ Par les ratios infirmiers-patients. Voir page 4 pour davantage de détails.

elles semblent être le principal facteur d'insatisfaction rencontré. L'obligation à travailler mieux, plus vite, dans une mauvaise ambiance, et ce à flux tendu, pousse de nombreuses infirmières vers la porte de sortie. Nous avons interrogé nos répondants à ce sujet ; ils nous ont unanimement répondu qu'ils préféreraient évoluer dans la profession plutôt que d'en changer :

Être infirmier oui, infirmier clinicien probablement pas, là je compte aller faire ma maîtrise pour devenir IPS donc... Mais oui c'est sûr que je vais rester dans les sciences infirmières (Pierre, Entrevue 1)

Si je change c'est par rapport aux conditions de travail évidemment pour être plus confortable et avoir moins de stress [...] Pour l'instant je pense pas changer, j'aimerais bien plus évoluer dans le métier (Marianne, Entrevue 2)

À cause des manques de qualité de vie des fois je dis « Ah je vais lâcher, je ne peux plus parce que... je sens que comme ma vie elle a toujours été prise par la profession ». [...] J'essaie de trouver un chemin [qui] peut me donner un petit peu plus de qualité de vie [...] Je serai quand même en contact avec des patients (Julie, Entrevue 3)

Il y a d'autres choses qui sont possibles, tu peux faire infirmière de recherche, tu peux... Donc je resterai peut-être dans la même branche mais plus à courir partout, je peux plus ça ! (Caroline, Entrevue 4)

Cependant, ce point de vue ne semble pas être généralisable à un échantillon de plus grande échelle puisque l'un de nos répondants nous a aussi mentionné avoir vu de nombreux collègues quitter la profession pour différentes raisons, et particulièrement suite à la pandémie :

Après la pandémie tout le monde était épuisé, il y en a beaucoup qui sont partis à la retraite, il y en a beaucoup qui sont parti au privé, qui se sont réorientés (Pierre, Entrevue 1)

D'après deux de nos répondantes, l'état de fatigue avancé des infirmières pourrait relever, en grande partie, d'une gestion inadéquate, inadaptée au travail humain, difficilement quantifiable :

On prépare pas vraiment des gestionnaires à gérer des humains, on prépare toujours juste des gestionnaires à gérer une entreprise, une association, des numéros... Mais jamais les personnes qui montent pour la gestion sont des personnes qui sont préparées pour gérer des êtres humains (Julie, Entrevue 3)

Il y a trop de gens dans des bureaux qui ne sont pas sur le terrain [...] Les cadres de proximité ne sont plus vraiment de proximité, des fois ils n'ont juste jamais été sur le terrain et moi ça me dérange un peu. (Caroline, Entrevue 4)

Expertise et/ou Polyvalence

Dans le cadre du métier d'infirmière, il existe deux positions plutôt partagées entre l'expertise et la polyvalence. Nous définissons l'expertise comme étant acquise en exerçant longtemps (plusieurs années) dans un même service. Au contraire, la polyvalence se caractérise par de nombreuses expériences, dans différents secteurs et sur différents départements de soin, tous appartenant au domaine des soins infirmiers. Nos répondants ont donné leur avis sur la question, afin de savoir si l'une ou l'autre de ses expériences de travail était meilleure :

On touche vraiment à tout donc je pense que c'est mieux de se spécialiser dans ce qu'on aime plutôt que de toucher un peu à tout parce que bon... On est bon dans tout mais on devient spécialiste dans rien. (Pierre, Entrevue 1)

Si je devais choisir, je pense que la polyvalence t'aiderait plus à prendre en soin le patient de manière globale mais maintenant je pense que les deux sont bons. Dans mon service, je pense qu'il y a vraiment des gens polyvalents et qui sont dans le service depuis quinze ans. (Marianne, Entrevue 2)

Ça m'a fait du bien de faire beaucoup de changements[...] dans mon parcours j'ai bénéficié [de] ça, par les changements. [...] Quand tu es là beaucoup de temps, tu deviens vraiment expert et tu peux développer d'autres sens (Julie, Entrevue 3)

Je pense que les deux ont des bénéfices [...] J'irais quand même plus sur l'expertise parce que la polyvalence ça va nous perdre finalement, on va finir avec des gens qui sont... adaptables à n'importe quel endroit et n'importe quelle situation, ce qui est bien aussi, mais qui ne maîtrisent pas le sujet. (Caroline, Entrevue 4)

Espoirs d'un avenir meilleur

L'amour de leur profession pousse nos répondants à espérer qu'une amélioration se produira dans un futur plus ou moins proche. Ils semblent majoritairement penser que des solutions peuvent être trouvées et aider à la consolidation du système de santé, cependant, l'un d'eux brosse un tableau plus sombre de l'avenir de la profession infirmière en expliquant qu'une réhabilitation complète du système de soins de santé s'impose pour parvenir à de véritables changements :

Faudrait vraiment qu'il y ait un changement de mentalité là, au sein de la population au complet. [...] Le système de santé t'sais, faudrait le déconstruire au complet et le reconstruire différemment. (Pierre, Entrevue 1)

Je trouve que quand même ça vaut le coup de le faire [le métier d'infirmière] et j'espère qu'ils vont pas trop dégrader les conditions parce que sinon il n'y aura plus personne malheureusement mais je trouve que le métier en soi est quand même très beau... (Marianne, Entrevue 2)

Je ne peux m'empêcher quand même de croire qu'on va y arriver et qu'on va réussir à tenir [...] Je sais pas là, je me dis que ça peut pas finir comme ça parce que sinon il n'y aura plus personne [...] Je suis peut-être un peu idéaliste mais je me dis qu'on va arriver à trouver une solution qui empêchera tout le monde de couler. (Caroline, Entrevue 4)

4.4 Considérations sur le travail d'équipe

Il est apparu au cours de nos entrevues que le travail d'équipe était un grand soutien dans la pratique quotidienne des infirmières. Nous souhaitons faire ressortir cet aspect qui, aux vues des résultats, semble beaucoup plus important que ce à quoi nous nous attendions. Il nous par ailleurs préciser que le travail d'équipe n'a été abordé que dans le cadre de trois de nos quatre entrevues.

Importance du soutien des pairs

D'après nos trois répondantes ayant abordé le travail d'équipe, l'entraide est primordiale dans leur pratique au quotidien. Qu'il s'agisse de pouvoir déléguer certaines tâches, de compter sur l'aide des collègues ou encore de demander des avis, l'équipe a une grande importance dans le domaine des soins infirmiers :

C'est vrai que plus on a de ressources quand même qui [sont] disponibles, plus on peut prendre des avis et améliorer la qualité des soins et je trouve que si chacun se centre sur ses patients et qu'il n'y a pas d'aide, je pense que la qualité des soins est moins bonne (Marianne, Entrevue 2)

Tu connais ton équipe, tu t'attaches à tes amies, tes collègues, elles savent qu'elles peuvent compter sur toi et tu peux compter sur tes collègues, ça fait tout un changement. La qualité, ça sera pas la même parce que si je suis chargée et ma collègue peut venir m'aider. (Julie, Entrevue 3)

Tu as l'infirmière auxiliaire qui t'aide beaucoup dans tout ce qui est soin technique en fait, qui te décharge beaucoup de ce travail-là [...] Souvent on délègue beaucoup à l'infirmière auxiliaire parce qu'on n'a pas le temps (Caroline, Entrevue 4)

Difficultés organisationnelles impliquant des changements dans le travail d'équipe

Les conditions de travail actuelles, notamment la charge de travail et les équipes volantes, semblent cependant impliquer certains changements dans le travail d'équipe. En effet, alors que la charge de travail est accrue, l'entraide entre collègues se fait plus difficilement étant donné le rythme de travail et les responsabilités personnelles de chaque infirmière, augmentées en conséquence. De

plus, les équipes volantes, au sein desquelles les infirmières se déplacent de département en département, semblent apporter une instabilité due au fait que l'équipe ne se connaisse pas bien.

Des fois je suis frustrée parce que je vois que mes collègues ont besoin et j'ai pas le temps de les aider et des fois je suis frustrée aussi parce que j'ai besoin d'aide et personne ne vient m'aider ! (Marianne, Entrevue 2)

Embauchée sur une équipe volante ça veut dire que tu vas trop changer, je trouve ça pénible. [...] À chaque jour être dans une place, tu fais que tourner, tourner, ça c'est juste pénible parce que tu appartiens pas à une équipe (Julie, Entrevue 3)

Importance de l'interdisciplinarité

Finalement, le système de soins de santé actuel prône l'interdisciplinarité¹⁰, un système permettant de placer le patient au cœur du processus de soin avec un ensemble de professionnels de différentes spécialités responsables de son dossier. La particularité de ce concept est la communication, qu'on privilégie souvent par des rencontres interdisciplinaires hebdomadaires, par exemple. Nos répondantes semblent globalement ne tirer que du positif de ce travail d'équipe, qui semble être une source supplémentaire de soutien :

On travaille avec des autres professions qui peuvent nous venir en aide si on a besoin et si on le demande (Marianne, Entrevue 2)

Pour les patients c'est toujours gagnant, c'est toujours mieux. [...] Des fois tu penses à un point mais l'autre t'apporte une autre chose à penser et on peut trouver ensemble la solution. (Julie, Entrevue 3)

Il y a quand même beaucoup d'intervenants et tu peux quand même faire appel à eux de manière très facile, c'est-à-dire si t'as un doute sur un truc, t'envoie une consult', tu demandes conseil à quelqu'un [...] Je trouve que ça marche bien le fait d'avoir plein de professionnels différents que tu peux contacter quand t'as besoin (Caroline, Entrevue 4)

Le rôle des restructurations du système de santé et de services sociaux

Avant de clore ce chapitre, il nous semblait opportun d'ajouter une mention concernant les restructurations du système de santé et de services sociaux que nous avons abordées dans les

¹⁰ Voir la section sur l'interdisciplinarité à la page 14

chapitres 1 et 2. Au cours des entrevues, nous avons posé plusieurs questions en lien avec les trois réformes que nous avons choisies pour contextualiser notre recherche soit les réformes Rochon, Couillard et Barrette. Rappelons que trois de nos quatre répondants étaient d'origine étrangère, bien qu'au Québec depuis plusieurs années. Leurs connaissances du système de santé québécois et plus particulièrement des réformes de celui-ci se bornant à quelques notions seulement, il nous a été difficile de tirer quelques conclusions que ce soit concernant le ressenti de nos répondants quant aux effets des restructurations sur leur travail quotidien, comme ils le mentionnent eux-mêmes :

C'est sûr qu'il faut changer les protocoles et il faut rendre le patient plus autonome rapidement. Mais je peux pas trop répondre parce que j'ai pas subi ça. (Marianne, Entrevue 2)

C'est difficile à dire parce que c'est quelque chose vraiment spécifique d'ici. Je sais pas si j'ai vécu vraiment pour dire... (Julie, Entrevue 3)

Je connais pas vraiment bien le sujet malheureusement, désolée... Mais je pense que oui ça donne quand même des ressources [...] c'est pas juste l'établissement qui promulgue des soins mais il y a quand même tout un réseau autour [du patient] plus proche de chez eux. Je pense que c'est bien parce que les besoins des populations sont pas les mêmes selon les endroits où tu vas. (Caroline, Entrevue 4)

D'après les dires de Pierre, cependant, nous pouvons avancer que les conséquences de ces restructurations ont eu davantage d'impacts négatifs sur la pratique des professionnels ayant plus d'ancienneté dans le domaine que pour les plus jeunes, qui n'ont pas connu l'ancien système :

Pour les infirmières qui ont beaucoup d'ancienneté ça a été un gros impact sur leur vision de la profession puis elles ont dû se réajuster quand même beaucoup. (Pierre, Entrevue 1)

Nous discuterons de la signification de ces résultats concernant les réformes au prochain chapitre.

Nous avons constaté, au cours de l'analyse de nos résultats qu'une majeure partie de l'identité infirmière reposait sur les soins qu'elles prodiguent aux patients. Diverses stratégies sont mises en place afin de contrer les effets des conditions de travail qui se dégradent, petit à petit. Cependant, leur métier leur tient toujours à cœur. Nous avons aussi observé l'importance de certains facteurs, auxquels nous n'avions pas accordé une attention particulière avant la réalisation de notre enquête de terrain ou, à l'inverse, du peu de mention d'autres facteurs que nous pensions fondamentalement

liés à la pratique dans le domaine infirmier d'aujourd'hui. Le prochain chapitre sera donc consacré à la discussion des résultats.

CHAPITRE 5

DISCUSSION DES RÉSULTATS ET LIMITES

Pour rappel, l'objectif de ce mémoire de recherche était de découvrir les influences des restructurations du système de santé sur la pratique des infirmières cliniciennes ainsi que sur leur perception du métier. Nous allons dès lors procéder à la discussion des résultats, suivie d'une présentation des limites de notre étude.

5.1 Discussion des résultats

Dans le chapitre précédent, nous avons dégagé les résultats principaux suivants :

- Les infirmières travaillent quotidiennement avec quatre préoccupations principales : leur qualité de vie au travail, le bien-être de leurs patients, l'avenir de la profession ainsi que l'entraide et le travail d'équipe
- Les infirmières sont dévouées à la profession et à leurs patients
- La charge de travail est accrue par de nouveaux rôles à remplir
- La profession infirmière est paradoxale
- Les relations d'aide et les patients sont au centre de tout le processus de soin
- L'entraide / le soutien des pairs est primordial
- Les restructurations n'ont pas ou peu d'incidence directe sur la pratique des infirmières

5.1.1 Les considérations personnelles, individuelles des infirmières

Passionnées, les infirmières ont pour responsabilité d'aider, de soigner. Situées entre les médecins, les gestionnaires, les familles et les patients, leur rôle ne s'arrête pas seulement à un accompagnement des patients et de leurs familles dans le cadre d'un processus de soin. En effet, on attend des infirmières qu'elles soient présentes et accessibles, qu'elles fournissent des soins de qualité dans un cadre sécuritaire. Leur volonté d'entrer en relation avec autrui, de créer des relations d'aide et de confiance avec les patients, d'être une figure de soutien pour ces derniers, d'entrer en rapport avec d'autres êtres humains participe à leur amour de la profession, mentionné plusieurs fois, de manière plus ou moins directe, par nos répondants.

Arrivées dans la profession avec l'envie de « sauver le monde », il a fallu que les infirmières s'adaptent à la réalité du terrain. Elles semblent globalement y avoir été convenablement préparées durant leur scolarité. Allant à l'encontre de leur idée originelle de la profession infirmière, elles font « de leur mieux » pour leurs patients.

Étant donné l'évolution des maladies, des attentes et des demandes des patients ainsi que l'accroissement de leurs connaissances concernant les pathologies pour lesquelles ils sont traités, les infirmières doivent adapter leurs pratiques. En effet, l'instantanéité de l'accès à l'information permet aux patients de se renseigner immédiatement sur leurs conditions, de les partager et de demander des avis supplémentaires. Ainsi, les infirmières doivent faire face à de nouveaux défis, dont la remise en question des décisions médicales ou encore l'opposition à certains soins. (Demailly, 2016 ; Doucet & Viviers, 2016)

Afin de répondre adéquatement à ces évolutions, il est nécessaire que les infirmières soient polyvalentes, capables de répondre à tous types de demandes. Pour cela, il est aussi primordial qu'elles continuent à se renseigner et à se faire former, sur les actualités et nouveaux développements de la profession afin de rester à jour sur les évolutions de celle-ci.

Il semble qu'un nouveau rôle soit prêté aux infirmières, celui de préventionniste. Plusieurs répondants ont abordé l'absence flagrante de prévention dans le système de santé québécois. C'est une critique dont nous reparlerons plus tard, dans le cadre de la discussion des résultats de la *Catégorie C* touchant à l'avenir du métier d'infirmière. Cependant, il nous semblait opportun de mentionner ici que, par souci d'amélioration du fonctionnement du système de santé, les infirmières, déjà chargées de nombreuses tâches, doivent aussi s'occuper de la prévention avec les patients dont elles s'occupent. Cependant, l'un de nos répondants a expliqué le fait qu'il était très positif concernant cet aspect rajouté à la charge de travail d'une journée typique d'infirmière puisqu'il considère cela comme une partie de la relation d'aide qu'il crée avec ses patients.

Les possibilités d'évoluer dans la profession sans toutefois avoir à reprendre des études et/ou à changer de métier du tout au tout révèle une accessibilité facilitée des différents domaines des soins infirmiers. Cela peut permettre une mobilité interne au domaine et une rétention de personnel, qui, de nos jours, se fait de plus en plus rare dans cette branche. Deux de nos répondantes nous ont d'ailleurs fait part des bénéfices liés à ces expériences d'évolution, de changement. Ayant profité

des opportunités, elles ont pu essayer différentes spécialités ainsi que différents lieux de travail au cours de leurs carrières respectives. Il semble que ces expériences leur ont permis d'échapper à l'ennui suite à l'installation d'une certaine routine

Globalement, les inquiétudes des infirmières vis-à-vis d'elles-mêmes et de leur situation dans le cadre de leur travail n'est jamais réellement pour « elles-mêmes ». Sans grande surprise, les patients sont placés en priorité, quelles que soient les questions posées durant l'entrevue. Il semble que ces derniers soient la préoccupation première de l'infirmière. (Formarier, 2007)

Pour rappel, l'identité professionnelle est une identité collective qui regroupe et rassemble les infirmières autour des valeurs qui guident leur pratique. Il semble que le fait de s'effacer afin de laisser la place aux patients en première ligne, dans la lumière des entrevues, mais aussi de la pratique quotidienne des infirmières, soit une façon de mettre en avant les personnes *pour qui* les infirmières font ce métier, qui constituent aussi *les raisons* pour lesquelles elles continuent d'exercer, malgré leur insatisfaction vis-à-vis leurs conditions de travail.

5.1.2 Les considérations des infirmières pour leurs patients

D'après l'analyse des entrevues de nos répondants, l'essence de la relation d'aide repose majoritairement sur l'**écoute active** des patients. D'autres qualités telles que l'empathie, la compréhension et le non-jugement ont été évoquées à plusieurs reprises. De plus, on note les mentions de création de liens, d'humanité et de prise en charge globale (physique et psychologique) qui reflètent l'importance de cette relation d'aide tant pour le patient que pour le soignant. À double sens, la relation d'aide est basée sur l'échange et le façonnage de liens de confiance entre un patient et son soignant (Phaneuf, 2011 ; Egan, 2005 ; Raoult, 2004 ; Bernard et al., 2005 ; Chalifour, 1989, 1993, 1999).

D'après nos répondants, les relations d'aide peuvent évoluer en fonction de plusieurs facteurs, tels que les raisons de l'hospitalisation et/ou de la présence à l'hôpital du patient, son rapport à la maladie, son humeur au moment de la mise en place de la relation d'aide, la présence de la famille sur place ou non, la durée d'hospitalisation, etc... C'est une précision que nous n'avons retrouvé qu'en partie dans notre recension des écrits, tous les facteurs que nous venons d'aborder n'ayant pas été relevés lors de notre étude textuelle.

De nos jours, lors de la prise en charge des patients, il n'est pas rare que leurs familles soient impliquées dans certaines décisions et dans l'autonomisation du patient. En effet, le modèle McGill est un modèle de prise en charge permettant à la famille du patient et au patient lui-même d'être davantage impliqué dans le processus de prise en charge et de soin. Cependant, cela peut être la source de différentes difficultés pour les infirmières, notamment lorsqu'elles se heurtent à des refus ou à des discussions concernant certains actes à poser. Cette idée est appuyée par différents auteurs ayant abordé la facilitation de la remise en question des décisions médicales par l'accès à Internet et aux réseaux sociaux (Demailly, 2016 ; Doucet & Viviers, 2016).

Toujours dans le cadre de la prise en charge des patients et de la relation d'aide, nos analyses nous ont permis de dégager plusieurs types d'inquiétudes de la part des infirmières concernant les potentiels impacts des conditions de travail sur les patients traités. Lorsque les journées sont trop chargées pour que les infirmiers aient le temps de tout faire, on a recours à la priorisation de certains soins sur d'autres. L'un de nos répondants nous a d'ailleurs rapporté que, pour la grande majorité du temps, la relation d'aide était le soin coupé en premier. Or, il semble, comme nous l'avons établi plus tôt, que cette relation d'aide soit importante tant pour les patients que pour les soignants qui les accompagnent tout au long de leur processus de soin (Chalifour, 1989, 1993, 1999). La relation d'aide faisant partie intégrante des facteurs d'identification professionnelle d'une infirmière, nous pourrions nous demander ce que sont les impacts, chez les infirmières, de cette obligation de couper dans certains soins pour pouvoir en assurer d'autres.

Le TSO est aussi un sujet ayant été abordé durant les entrevues par deux de nos répondants. Nous souhaitons souligner le fait que nous n'ayons pas lancé de questions, directes ou indirectes, concernant le TSO, les paroles rapportées de nos deux infirmiers sont donc entièrement libres et volontaires. L'un d'eux notait notamment que le TSO était problématique comme mode de gestion, c'est-à-dire utilisé trop fréquemment et sans avoir cherché d'autres solutions en amont. Il a tout de même abordé le sentiment d'incertitude qui s'accompagnait de cette pratique lorsqu'utilisée. La seconde mention du TSO faisait davantage état des risques y étant liés. Entre autres, une baisse de la sécurité et de la qualité des soins, une augmentation du stress et de l'incertitude, des dangers physiques pour les patients pris en charge et les soignants, ainsi que de potentielles conséquences psychologiques à plus long terme, davantage liés à la surcharge de travail. Les horaires incertains et atypiques du métier d'infirmière sont très souvent mentionnés comme facteurs d'insatisfaction

au travail, particulièrement dans un domaine tel que les soins infirmiers où la population est en très grande majorité féminine (Larivière, 2009).

Les conditions de travail se dégradent, la charge de travail augmente et le personnel se raréfie. Les soins ne sont plus toujours dispensés dans les temps, sont effectués plus vite ou plus tard qu'ils n'auraient dû l'être, la qualité est moindre et la sécurité est mise en jeu (Askenazy et al., 2006 ; Gharbi, Di Mascolo & Verdier, 2024). L'accès aux soins des patients tourmente aussi les infirmières avec qui nous avons échangé. Elles mentionnaient notamment le fait de devoir demander de manière fréquente aux médecins spécialistes présents dans les services où elles travaillent de s'occuper de prendre en charge certains patients déjà présents sur l'unité pour des problématiques n'étant pas forcément reliées aux raisons de leur présence à l'hôpital. Cela est dû, notamment, à l'accès *difficile* aux soins de santé et aux délais nécessaires pour être pris en charge à la suite d'une consultation et/ou d'une requête de la part d'un médecin de famille ou généraliste. L'organisation du système de santé n'est donc, d'après nos résultats, pas efficiente, au moins en termes de prise en charge (urgences) et de suivis médicaux (rendez-vous avec des spécialistes).

Cela accroît donc la tâche des infirmières qui doivent prendre la responsabilité de partager l'information aux médecins et faire le suivi que cela implique auprès du patient, de sa famille, du médecin et de tout autre professionnel de santé pouvant être lié à la demande en question (équipe interdisciplinaires).

5.1.3 Réflexions sur le travail d'infirmière

Malgré les conditions de travail dans lesquelles les infirmières exercent au quotidien, leurs perceptions de la profession semblent ne s'en teinter que très légèrement. En effet, bien que de nombreuses infirmières aient décidé de quitter la profession pour différentes raisons telles que l'épuisement, l'insatisfaction au travail, la perte de sens, l'inadéquation entre les valeurs prônées et les valeurs appliquées sur le terrain ; nos quatre professionnels ne souhaitent pas quitter la profession. Ils ont tous exprimé leur volonté d'évoluer et de changer de spécialité, de service, de poste. Cependant, leurs objectifs à moyen et long terme sont de continuer à travailler dans le domaine des soins infirmiers, mais dans un contexte différent.

Le travail humain étant inquantifiable, les demandes d'efficacité, de productivité, d'efficience, des gestionnaires et du gouvernement sont difficilement atteignables. En effet, alors que les attentes

des gestionnaires et du gouvernement sont d'ordre financier, certains aspects des soins infirmiers ne sont pas estimables en ces mêmes termes. Ainsi, la relation d'aide, purement relationnelle et humaine, ne rentre pas dans les calculs de temps et d'argent prévus. C'est un facteur de frustration immense chez les infirmières à qui nous nous sommes adressés, qui ressentent une pression à agir d'une manière allant complètement à l'encontre de leurs principes et des valeurs qu'elles défendent. La relation d'aide ne devrait pas être, selon elles, ni entachée ni empêchée par des restrictions budgétaires que le patient ne devrait pas avoir à subir (Soares, 2003 ; Raveyre et Ughetto, 2006 ; St-Onge, 2007)

L'expertise et la polyvalence sont deux compétences qu'il est important de développer dans le cadre de la profession infirmière. En effet, selon les parcours empruntés par les infirmières durant leur carrière, on verra une tendance vers l'expertise ou la polyvalence se dessiner. L'expert développe une expertise dans un domaine spécifique, tandis que le polyvalent a plusieurs spécialités (Larousse, 2024) mais n'est expert dans aucune d'elles. D'après les résultats des entrevues, l'expertise a l'avantage sur la polyvalence, cette dernière permettant une prise en charge globale et une flexibilité dans les pratiques mais n'impliquant aucune expertise, aucune maîtrise d'une spécialité en particulier.

Nous souhaitons aussi mentionner que, contrairement à ce que nous pensions lors de la construction de la problématique de cette recherche, les restructurations du système de santé ne semblent pas avoir les impacts auxquels nous nous attendions sur la pratique quotidienne des infirmières. En effet, bien que les réformes aient entraîné de grands changements dans les pratiques, les incidences semblent davantage s'appliquer au cas par cas, de manière individuelle. Les regroupements d'équipes issues de différents hôpitaux et services hospitaliers lors de fusions d'établissements demande une certaine adaptation ainsi qu'une réappropriation des connaissances, des lieux, de la pratique selon les nouvelles règles, attentes, besoins.

Les avis concernant l'avenir de la profession infirmière sont partagés. Cependant, un constat se dessine : un important changement est nécessaire à l'amélioration des conditions de travail des infirmières et de prise en charge des patients. D'après l'un des répondants, une réhabilitation complète du système de santé permettrait de le déconstruire dans son intégralité pour mieux le reconstruire. Pour les autres, il faudrait, dans un premier temps, arrêter de dégrader les conditions de travail afin d'éviter que le système de santé ne se retrouve vidé de tous ses soignants. Deux

répondantes nous ont assuré ne pas pouvoir croire à la possibilité que la situation ne s'arrange pas, et ce dans un futur plus ou moins proche. Une sensation de tristesse semble ressortir de ces paroles qui clôturaient les entrevues.

5.1.4 Considérations sur le travail d'équipe

Les résultats concernant l'importance du travail d'équipe ne laissent que peu de place au doute. L'entraide et le soutien des pairs dans un contexte de travail, qui plus est, dans des conditions de travail inadéquates et en pleine dégradation, sont primordiaux au bon fonctionnement d'une unité de soin, d'une équipe de travail travaillant sur un même quart, d'une prise en charge de qualité et sécuritaire. Il semble que certains aspects compliquent le bon déroulement du travail d'équipe, tels que l'augmentation de la charge et du rythme de travail, qui impactent l'entraide entre collègues. Le fait de ne pas toujours être capable d'aider ses collègues alors qu'ils en ont besoin peut être, d'après nos répondants, une source de frustration ; de même lorsque les rôles sont inversés.

L'interdisciplinarité, relevée comme un aspect très positif en ce qui a trait aux soins infirmiers, place le patient au centre de tout le processus de soin. Cette approche, qui permet d'impliquer tous les professionnels de soins de santé nécessaires pour le patient dans un cadre fermé, implique un travail d'équipe entre différentes spécialités, différentes unités de soin. Ainsi, les patients sont au cœur du soin, entourés des professionnels dont ils ont besoin.

Les infirmières bénéficient aussi de cette interdisciplinarité en ce qu'elle leur permet d'obtenir des avis ou des informations supplémentaires, par exemple, en cas de doutes, d'erreur, etc. L'équipe interdisciplinaire permet d'avoir de l'aide extérieure, des réponses rapides et/ou des transferts efficaces vers le personnel compétent. De plus, les rencontres interdisciplinaires, permettent un échange humain, entre professionnels, réunis dans un seul et même but, prendre soin du patient.

5.1.5 Syndrome d'épuisement professionnel

En analysant les entrevues, nous nous sommes aperçus de la présence d'un thème sous-jacent, redondant, que nous souhaitons mettre en exergue ; il s'agit des symptômes d'un syndrome d'épuisement professionnel, découverts chez les infirmières interrogées.

Nous avons dressé une liste de termes illustrant des facteurs aggravants et/ou déclencheurs du syndrome d'épuisement professionnel trouvés dans les entrevues de nos répondants : épuisement,

stress, frustration, fatigue, découragement, colère, impuissance, culpabilité, remise en question, perte de sens.

Suite à ce constat, nous souhaitons alerter sur les risques liés au syndrome d'épuisement professionnel, aussi connu sous le nom de burn-out. Le travail d'infirmière repose en très grande partie, comme nous l'avons mentionné précédemment, sur la relation d'aide avec le patient ; elle constitue l'un des piliers d'identification de la profession infirmière. Or, le burn-out peut entraîner des conséquences physiques, psychologiques et comportementales. Ces dernières pourraient atteindre la relation avec les collègues ou la relation d'aide avec les patients en entraînant une baisse de l'empathie, un détachement et une perte d'intérêt pour le travail, un manque de concentration et de productivité dans le travail. Les risques de glisser de l'état de symptômes à celui de syndrome sont élevés. Les demandes de productivité, le stress et la surcharge de travail, entre autres, sont des facteurs aggravants. Nous laissons la parole à l'une de nos répondantes pour illustrer la nécessité d'être en bonne santé pour travailler en tant qu'infirmière : « C'est bien de donner mais il faut aussi penser à soi, voilà, parce que si tu donnes trop, tu sers à rien, après tu craques et t'es plus là donc... Faut savoir doser un peu tout ça ! » (Caroline, Entrevue 4)

5.2 Limites de l'étude

Les principales limites de cette étude reposent sur le fait que nous n'ayons eu qu'un très petit nombre de répondants lors de la phase empirique de la recherche. Cela limite l'obtention de résultats différents et gêne, voire empêche, la généralisation des résultats à plus grande échelle. La majorité de nos répondants n'étant pas québécois, il leur a été particulièrement difficile d'aborder des sujets tels que les réformes du système de santé et de services sociaux à différentes époques. De la même manière, la faible ancienneté dans la profession de deux des quatre infirmiers interrogés a limité l'accès à des informations comparatives entre le système actuel et l'ancien, réformé plusieurs fois de manière différente pour des raisons similaires. Il existe aussi un risque de biais, du côté répondant particulièrement, alors que nous cherchons à connaître des points de vue personnels, des avis, des expériences impliquant automatiquement le recours aux émotions et entraînant, donc, des biais cognitifs.

De la même manière, nos connaissances du terrain et du milieu infirmier peuvent être à l'origine de l'induction d'un biais de lecture, pouvant empêcher éventuellement la lecture de certains aspects d'un point de vue différent.

Des facteurs socio organisationnels ont limité notre accès au CHUM (pandémie, grève, lenteur administrative) et ainsi limité nos possibilités d'enquêtes (observation directe).

Il existe aussi un risque de non-exhaustivité avec notre recherche, dont les verbatim et autres matériaux d'analyse ne représentent qu'une infime partie de la population infirmière.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour ambition d'explorer les perceptions des infirmières cliniciennes exerçant dans des hôpitaux publics au Québec à propos de l'influence des restructurations du système de santé sur leur pratique quotidienne.

Il nous a d'abord fallu introduire la profession infirmière, sous forme de genèse, avant de définir les notions d'identité et de relation d'aide. Ensuite, nous avons analysé les données recueillies afin d'en tirer des conclusions d'ordre plus général.

Ainsi, les infirmières vivent un déchirement entre leurs considérations personnelles, leurs considérations pour les patients, celles pour leur métier et celle pour leurs collègues, à travers le travail d'équipe. Ces quatre types de considérations se rapportent aux différentes facettes de leur identité professionnelle.

Alors que les infirmières tentent de *faire de leur mieux* pour répondre aux besoins des patients, aux demandes des collègues et aux attentes des gestionnaires, elles doivent aussi trouver des stratégies pour se protéger des conséquences que pourraient avoir la surcharge de travail et la dégradation des conditions de travail sur leurs propres personnes. Cette mise en relation des quatre facettes qui composent leur identité professionnelle crée un sentiment d'impuissance et de frustration lié à l'impossibilité de répondre à toutes les demandes et à toutes les attentes.

La profession infirmière, dans son état actuel, est paradoxale. En effet, la majorité des demandes construites sur des bases théoriques vont à l'encontre des possibilités offertes en pratique, sur le terrain. Cette incapacité à soigner qui elles souhaitent, comme elles le souhaitent, en prônant et respectant des valeurs propres à elles-mêmes et à leur manière de percevoir la profession crée chez les infirmières une sensation de perte de sens dans le travail de soin.

Or, le travail de soin et la relation d'aide constituent les deux principaux axes autour desquels elles forgent leur identité en s'auto-identifiant comme infirmières et par lesquels nous (profanes du domaine infirmier) pouvons procéder à leur identification comme infirmières.

Les décalages entre les attentes des infirmières envers la profession et la réalité des choses entraînent l'apparition des premiers signes de syndrome d'épuisement professionnel, caractérisé par la perte de sens au travail, notamment.

Aujourd'hui, le système de santé est à nouveau en restructuration, suite à l'adoption de la Loi 15, visant plus ou moins les mêmes objectifs de fond que les réformes des années 1990-2000, rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. Ce nouveau remaniement entraîne déjà des difficultés et des tensions au cœur du système de santé, alors que l'ensemble du personnel médical rattaché à la FIQ était en grève lors de notre enquête de terrain afin de revendiquer de meilleures conditions de travail, de meilleurs salaires ainsi que des attentes et objectifs réalistes de la part des gestionnaires et autres décideurs.

Bien que les restructurations du système de santé aient une incidence évidente sur l'organisation du travail infirmier en ce qu'elles entraînent des changements d'ordre structurel et organisationnel tels que le remaniement d'équipes, le développement de nouvelles structures et de nouvelles pratiques ou protocoles, elles ne semblent pas être à l'origine de *tous les maux* de la profession infirmière et n'ont pas été désignées par nos répondants comme étant à l'origine des dysfonctionnements du système de santé.

Ce mémoire avait pour objectif de rendre compte de perceptions des infirmières quant à l'influence des restructurations passées du système de santé sur la pratique quotidienne mais la mise en place de l'Agence Santé Québec, liée à la Loi 15, semble déjà provoquer des discussions. Il pourrait être intéressant de procéder à une étude longitudinale dans le but d'observer, au moment-même des changements organisationnels et quelques semaines, mois et/ou années plus tard, les impacts réels, directs et à moyen et long terme, de ces restructurations du système de santé et de services sociaux québécois sur la pratique des soignants, sur leur environnement de travail ainsi que sur leur santé mentale ; le syndrome d'épuisement professionnel semblant se répandre à grande vitesse dans le système de santé et de services sociaux québécois.

ANNEXE A
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



No. de certificat : 2024-5794
Date : 2023-11-10

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Organisation du travail, identité professionnelle et relation d'aide : le cas des infirmières

Nom de l'étudiant : Marie Martin

Programme d'études : Maîtrise en sociologie (avec mémoire)

Direction(s) de recherche : Sid Ahmed Soussi

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2024-11-10**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Lévesque'.

Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPE FSH

ANNEXE B

CERTIFICAT DE FORMATION ÉTHIQUE

**Groupe en éthique
de la recherche**
Militer l'éthique de la recherche humaine

EPTC 2: FER 2022



Certificat de réussite

Ce document certifie que

Marie Martin

*a complété avec succès la Formation en éthique de la recherche
basée sur l'Énoncé de politiques des trois Conseils : Éthique de la
recherche avec des êtres humains (EPTC 2: FER 2022)*

Numero de certificat 0000917417 **16 mars, 2023**

ANNEXE C

CANEVAS DES ENTREVUES

Entame :

- ➔ Expliquer le processus d'entrevue, la procédure d'enregistrement
- ➔ S'assurer de la compréhension du déroulement de l'entrevue
- ➔ Valider l'accord pour l'enregistrement de l'entrevue

Questions d'ouverture :

- 1) Avez-vous toujours été infirmier.ère ?
 - ➔ Racontez-moi un petit peu votre parcours...
 - ➔ Avez-vous toujours su que vous seriez infirmière ?
- 2) Pourquoi avez-vous choisi d'exercer le métier d'infirmier.ère ?

Première partie de l'entrevue : la profession infirmière

- 3) Si vous deviez expliquer ce qu'est le métier d'infirmier.ère, que diriez-vous ?
- 4) Aujourd'hui, percevez-vous votre métier de la même manière que lorsque vous avez commencé à l'exercer ?
 - ➔ Oui = question 5
 - ➔ Non, pourquoi ?
- 5) Diriez-vous que l'on peut parler de métier à vocation lorsque l'on parle du métier d'infirmière ?
- 6) Pensez-vous que vous exercerez ce métier jusqu'à l'âge de la retraite ?
 - ➔ Non : Est-ce que vous saviez, lorsque vous avez commencé votre carrière, que vous n'exerceriez pas ce métier toute votre vie ?
 - ➔ Oui : Passer à la question 7.
- 7) Selon vous, la polyvalence permet-elle d'acquérir la même expertise qu'une expérience de longue durée dans un même service ?

Seconde partie de l'entrevue : le système de santé québécois et ses réformes

Dans le cadre de cette recherche, je m'appuie sur 3 grandes réformes du système de santé québécois, soit celle du virage ambulatoire à la fin des années 90, de l'apparition des CSSS au début des années 2000 puis de celle des CISSS et des CIUSSS en 2015.

- 8) Parlons d'abord de la réforme de Rochon et du virage ambulatoire qui représentent l'une des plus importantes réformes du système de santé québécois. À votre avis, le virage ambulatoire et la réduction des durées d'hospitalisation ont-ils eu un impact sur la relation d'aide ?
- 9) La mise en place des CSSS a-t-elle permis de désengorger les hôpitaux tel que prévu lors de l'adoption de la loi ?
- 10) Les CISSS et les CIUSSS avaient pour objectif de centraliser l'ensemble des services de soins et de services sociaux au Québec, diriez-vous que c'est efficace ?
- 11) Est-ce que cette centralisation a changé la manière de travailler au sein des hôpitaux ?
- 12) Si l'on vous donnait la possibilité de changer une chose dans votre journée de travail dans le but de mieux vous occuper de vos patients, que changeriez-vous ?

Troisième partie de l'entrevue : la relation d'aide

En tant qu'infirmier.ère, vous devez respecter les valeurs propres à la profession que sont l'intégrité, le respect de la personne, l'autonomie professionnelle, la compétence professionnelle, l'excellence des soins, la collaboration professionnelle et l'humanité.

- 13) D'après votre expérience sur le terrain, ces valeurs sont-elles applicables à la réalité de la profession infirmière ?

En allant à l'école pour devenir infirmière, vous avez reçu des enseignements et établi une sorte d'image de la profession et des pratiques y étant liées.

- 14) Avez-vous vécu des désillusions ou au contraire, des révélations, concernant votre métier depuis que vous avez commencé à l'exercer ?
- 15) Les enseignements scolaires du métier d'infirmière vous préparent-ils adéquatement à la réalité du terrain ?
- 16) Comment définiriez-vous la relation d'aide ?
- 17) Pourriez-vous me raconter l'une de vos expériences de relation d'aide ?
- ➔ Bonne : expliquer ce qui en fait une bonne expérience
 - ➔ Mauvaise : expliquer ce qui en fait une mauvaise expérience

Questions de fermeture :

- 18) Avez-vous quelque chose à ajouter ?
- 19) Avez-vous des suggestions d'améliorations pour la recherche ou les entrevues ?

ANNEXE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Formulaire de consentement

Participation à une entrevue individuelle

Titre de la recherche : Organisation du travail, identité professionnelle et relation d'aide : le cas des infirmières

Équipe de recherche : La recherche est menée par l'étudiante-chercheuse Marie Martin dans le cadre de sa maîtrise en sociologie à l'Université du Québec à Montréal (UQÀM), et dirigée par Sid Ahmed Soussi, professeur-chercheur titulaire au département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal.

But de la recherche : Dans le cadre de la rédaction du mémoire de maîtrise en sociologie à l'Université du Québec à Montréal, l'étudiante-chercheuse doit réaliser une recherche. La méthodologie qualitative sera utilisée pour mener cette enquête par le biais d'entrevues individuelles.

À travers cette recherche, l'étudiante-chercheuse souhaite éclairer les influences des réformes du système de santé québécois sur l'organisation du travail, l'identité professionnelle infirmière et la relation d'aide.

Votre participation à cette recherche permettra à l'étudiante-chercheuse de collecter des données à travers un entretien individuel enregistré. Toute participation à la recherche est volontaire et peut être révoquée à n'importe quel moment sans que cela n'ait de conséquences pour vous. En cas de retrait de la recherche, toutes données vous concernant seront immédiatement détruites.

Confidentialité : L'étudiante-chercheuse vous assure la confidentialité de vos propos. Aucune information personnelle ne sera partagée à qui que ce soit. Afin de garantir cette confidentialité, des précautions spécifiques seront prises pour les bandes enregistrées audio ainsi que lors de la transcription de l'entrevue dans laquelle votre nom sera remplacé par un pseudonyme. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données. Celles-ci seront détruites au plus tard cinq ans après la recherche.

Conservation des données récoltées : Dans le cadre de la présente recherche, les données seront anonymisées de manière irréversible. Les données seront conservées de manière sécuritaire pour une durée de cinq (5) ans à des fins d'exploitation des données et de publication. Seule l'équipe de recherche auront accès aux données récoltées, elles ne seront en aucun cas partagées avec un tiers.

Inconvénients liés à votre participation : À la connaissance de l'étudiante-chercheuse, votre participation ne peut vous causer du tort. Aucune information personnelle ne sera divulguée à qui que ce soit et toutes celles pouvant permettre une identification seront anonymisées. Si votre participation à la recherche fait ressurgir des situations ou des difficultés que vous croyiez oubliées ou que vous considérez néfastes, l'étudiante-chercheuse vous fournira des références afin d'obtenir du soutien.

Avantages liés à votre participation : La possibilité de faire valoir votre point de vue et votre expérience peut permettre de mieux cerner les enjeux liés à votre situation particulière et permettre un regard différent à l'étudiante-chercheuse, aux potentiels lecteurs du mémoire de recherche.

Accès aux données et retour sur les résultats d'enquête : Vous pouvez avoir accès à votre enregistrement ou à n'importe quelle donnée vous concernant, et ce, en tout temps. Vous pouvez aussi avoir accès aux résultats d'enquête, si vous le désirez. Pour toute demande concernant le volet *Accès aux données/Résultats d'enquête*, vous pouvez contacter l'étudiante-chercheuse à l'adresse courriel suivante : maitrise.socio.infs@gmail.com

Informations complémentaires : Pour toute information complémentaire, vous pouvez joindre l'étudiante-chercheuse à l'adresse courriel maitrise.socio.infs@gmail.com ou son professeur référent au département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM), Sid Ahmed Soussi : soussi.sid@uqam.ca

Ce projet de recherche a reçu une certification éthique émise par le CERPÉ de la Faculté des Sciences Humaines de l'Université du Québec à Montréal : cerpe.fsh@uqam.ca – (514) 987-3000 poste 20548.

Consentement

En signant ci-dessous, vous acceptez de participer à la recherche.

J'ai lu et compris les informations ci-dessus concernant les objectifs poursuivis par l'étudiante-chercheuse et mon rôle dans la recherche et je consens librement à participer à la recherche sur la base des informations qui m'ont été données. J'ai compris que je peux révoquer ma participation à la recherche en tout temps, et ce sans aucun préjudice.

Déclaration de la personne participante :

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je comprends que je peux poser des questions et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à cette recherche, je ne renonce à aucun de mes droits.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire de consentement et d'information et j'accepte de participer au projet de recherche.
- J'accepte que l'entrevue soit enregistrée.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui Non

Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Signature du participant ou de la participante : _____

Engagement de l'étudiante-chercheuse

J'ai expliqué à la personne participante les conditions de participation à la recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions qui m'ont été posées et je me suis assurée de la compréhension du participant ou de la participante. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter scrupuleusement ce qui a été convenu dans le présent formulaire de consentement et d'information.

Nom : _____ Prénom : _____

Code permanent de l'étudiante-chercheuse : _____

Date : _____ Signature de l'étudiante-chercheuse : _____

ANNEXE E
FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

Le présent formulaire vise à sanctionner votre rétractation de la recherche **Organisation du travail, identité professionnelle et relation d'aide : le cas des infirmières** de l'étudiante-chercheuse candidate à la maîtrise en sociologie à l'Université du Québec à Montréal (UQÀM), Marie Martin.

Une fois votre signature apposée sur ce formulaire de rétractation, l'intégralité des données récoltées vous concernant seront détruites. Elles ne pourront en aucun cas être utilisées par l'étudiante-chercheuse ni dans le cadre de la présente recherche, ni dans celui d'un futur projet.

L'étudiante-chercheuse s'engage à ne divulguer aucune information vous concernant à autrui et à n'informer aucun tiers de votre participation/rétractation à la présente recherche.

Déclaration de l'étudiante-chercheuse :

Je, Marie Martin (MARM69510101), m'engage à respecter rigoureusement chaque point énoncé précédemment, dans l'immédiat et à long terme.

Veillez parapher la mention « Lu et approuvé » : _____

Date de la signature du formulaire de rétractation : _____

Signature de l'étudiante-chercheuse : _____

Déclaration du participant, de la participante :

Je, _____, souhaite que mon consentement écrit préalablement signé soit révoqué et que le présent formulaire annule mon accord à la collecte de mes informations personnelles et de l'utilisation de mes données dans le cadre de la recherche susmentionnée, menée par l'étudiante-chercheuse, Marie Martin.

Veillez parapher la mention « Lu et approuvé » : _____

Date : _____ Signature : _____

ANNEXE F

AFFICHE DE RECRUTEMENT POUR LES ENTREVUES

SCANNEZ LE CODE POUR
PARTICIPER À UNE ENTREVUE !



RÉPONDANT·E·S RECHERCHÉ·E·S

CRITÈRES DE SÉLECTION



Être une infirmière clinicienne, un infirmier clinicien

Exercer le métier d'infirmière, d'infirmier au Québec depuis au moins cinq (5) ans



Exercer au CHUM ou à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont en :

- Chirurgie d'un jour
- Hémodialyse
- Soins intensifs
- Médecine interne

ENTREVUES



En personne



En ligne sur :

- Zoom
- Google Meet
- Teams

COMMUNICATION ET PARTICIPATION



Pour participer à la recherche ou pour toute demande, veuillez nous contacter à l'adresse suivante : maitrise.socio.infs@gmail.com

MARIE MARTIN, MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE, UQÀM

RECHERCHE SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET LA RELATION D'AIDE INFIRMIÈRE AU QUÉBEC



Nous sommes à la recherche d'infirmières cliniciennes et d'infirmiers cliniciens pour participer à une entrevue portant sur l'organisation du travail et la relation d'aide au Québec. L'entrevue d'environ une (1) heure sera enregistrée à des fins de transcription.

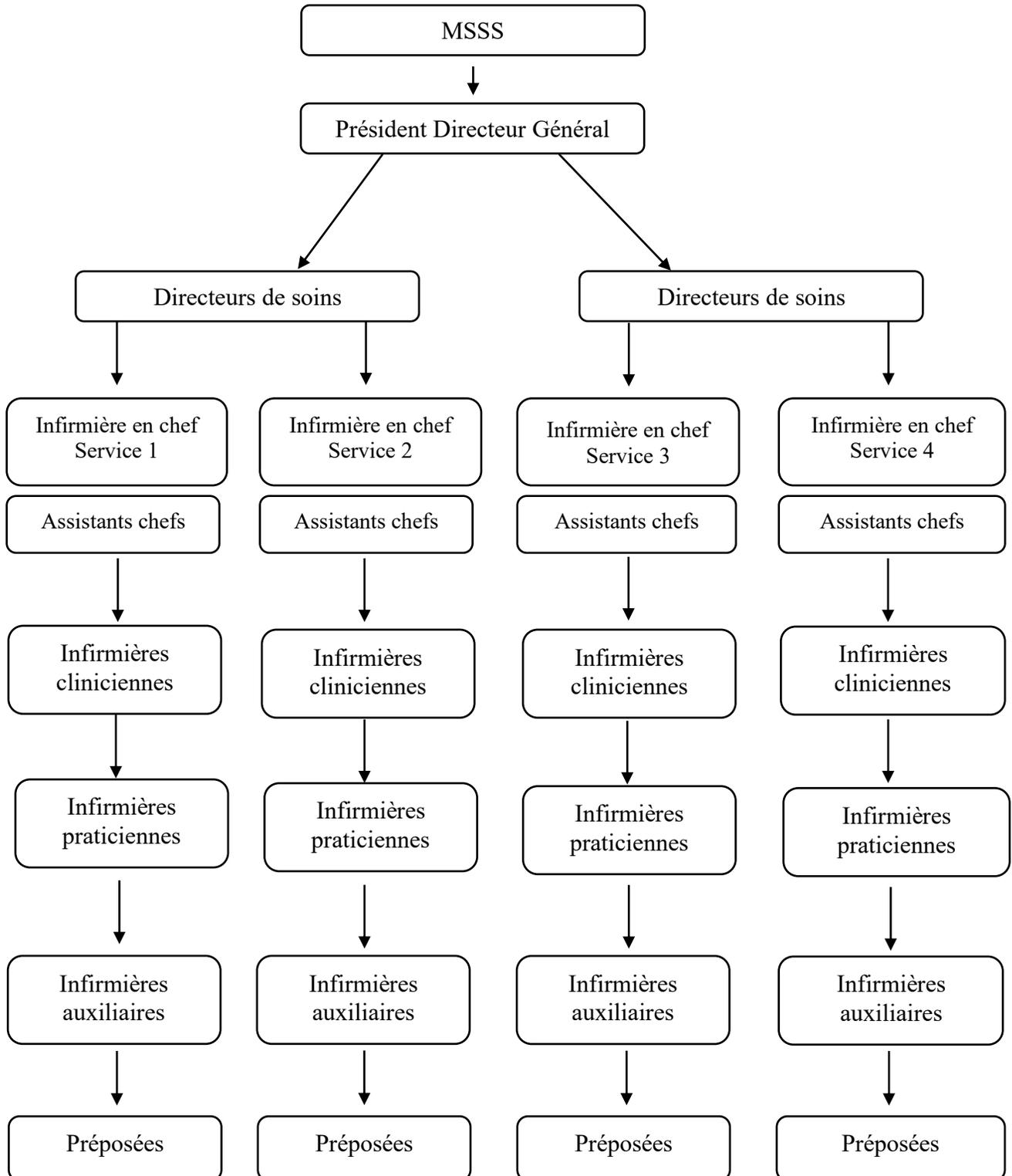
Pour toute question relative à l'éthique de la recherche, contactez le CERPÉ de la Faculté des Sciences Humaines de l'Université du Québec à Montréal : cerpe.fsh@uqam.ca – 514-987-3000 poste 20548

ANNEXE G
DONNÉES STATISTIQUES
LA POPULATION INFIRMIÈRE AU QUÉBEC : 1990-2023

Nom de l'association	Années	Membres au Québec	Augmentation du nombre de membres	Membres exerçant à Montréal	Pourcentage d'hommes
AGMEPQ	1920	782	+ 0	Indisponible	0 %
AGMEPQ	1930	2 417	+ 1 635	Indisponible	0 %
AGMEPQ	1940	4 167	+ 1 750	Indisponible	0 %
AIPQ	1950	10 512	+ 6 345	Indisponible	0 %
AIPQ	1960	18 151	+ 7 639	Indisponible	0 %
AIPQ	1970	37 413	+ 19 262	Indisponible	Indisponible
OIIQ	1980	54 941	+ 17 528	Indisponible	Indisponible
OIIQ	1990	62 408	+ 7 467	Indisponible	Indisponible
OIIQ	2000	64 941	+ 2 533	Indisponible	Indisponible
OIIQ	2010	71 399	+ 6 458	21 797	9.9 %
OIIQ	2020	78 204	+ 6 805	24 578	11.6 %
OIIQ	2022	82 271	+ 4 067	24 744	11.7 %

ANNEXE H

SCHÉMA D'UNE ORGANISATION HIÉRARCHIQUE HOSPITALIÈRE TYPIQUE AU QUÉBEC



BIBLIOGRAPHIE

- Académie Française. (2019). Infirmier, Infirmière. *Dictionnaire de l'Académie Française* [en ligne]. Récupéré le 1 novembre 2022 de <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9I1188>
- Arborio, A.-M. (2009). 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot ». *Sociologie des groupes professionnels, Acquis récents et nouveaux défis*. La Découverte. pp. 51-61.
- Arborio, A.-M., & Divay, S (2018). Aides-soignantes et infirmières, au cœur de l'hôpital. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 12(53). <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/gdsh.053.0010>
- Askenazy, P., Cartron, D., De Conink, F. & Gollac, M. (2006). *Organisation et intensité du travail*. 1^{ère} édition. Octares.
- Assemblée Nationale (2015). *Projet de loi n°10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Quarante-et-unième législature.
- Auger, É, & Emperador, F (2023). Les travailleurs sociaux confrontés à l'accélération du temps. *Sciences & Actions Sociales*, 1(19), pp. 127-138. <https://doi.org/10.3917/sas.019.0012>.
- Auzou, P. (2010). *Dictionnaire encyclopédique Auzou*. Éditions AUZOU, Paris.
- Avanza, M. & Laferté, G. (2005). Dépasser la « construction des identités » ? Identification, image sociale, appartenance. *Genèses* (4) 61, pp. 134-152. <https://doi.org/10.3917/gen.061.0134>.
- Baudrit, A. (2014). *La relation d'aide dans les organisations : Santé, éducation, travail social*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Bélan, F. (2008). Les dépenses gouvernementales de santé : une question de structure ou de conjoncture ? *Santé, société et solidarité*, (2). 137-148.

- Benoit, M., Lévesque, G. & Perron, L. (2022). De la « vocation » à prendre soin au joug de la performance : dévoiler les réalités des travailleuses du *care* pour comprendre la crise du système de santé et de services sociaux. *Lien social et Politiques*, (88). 66-88.
<http://doi.org/10.7202/1090981ar>
- Berger, G. (1972). « L'interdisciplinarité : problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités ». *Opinions et réalités*. OCDE, Paris, p 23.
- Bernard, A.-M., Demmou, J., Gargan, V., Girardet, M., Jolicœur, G. & Périé, C. (2005). *La relation d'aide en service social*. Érès. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/eres.perie.2005.01>
- Bonitto, C. (2007). *Goffman et l'ordre de l'interaction : un exemple de sociologie compréhensive*. Philonsorbonne [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/philonsorbonne.102>
- Boudon, R., Besnard, P., Cherkaoui, M. & Lécuyer B.-P. (2003). *Dictionnaire de la sociologie*. Larousse.
- Bourdieu, P. (1984). *Questions de sociologie*. Paris, Éditions de Minuit.
- Brouillette, E. (2021). *Une ex-infirmière dénonce des conditions de travail aberrantes*. L'Action. Mis en ligne le 6 avril 2021. Consulté le 5 février 2023.
<https://www.laction.com/article/2021/04/06/une-ex-infirmiere-denonce-des-conditions-de-travail-aberrantes>
- Brubaker, R. (2001). Au-delà de l'« identité ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (4)139, pp. 66-85. <https://doi.org/10.3917/arss.139.0066>.
- Bunel, M., Dayan, J.-L., Desage, G., Perraudin, C. & Valeyre, A. (2008). *Formes d'organisation du travail et relations de travail* (Rapport n°53). Noisy-Le-Grand, France : Centre d'études de l'emploi et du travail.
- Carabin, F. (2020). Au front contre la COVID-19 : des infirmières se racontent. *Méto*. Mis en ligne le 31 décembre 2020. Consulté le 5 février 2023.
<https://journalmetro.com/actualites/national/2593915/au-front-contre-la-covid-19-des-infirmieres-se-racontent/>

- Caroly, S. (2019). Collectif de travail. Dans : Gérard Valléry éd., *Psychologie du travail et des Organisations : 110 notions clés*. 105-108. Paris : Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.valle.2016.01.0101>
- Centre Hospitalier de l'Université de Montréal. (2024). À propos du CHUM.
- Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (2024). Hémodialyse.
- Chalifour, J. (1993). *Enseigner la relation d'aide*. G. Morin.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique – humaniste*. Éd. Lamarre.
- Chalifour, J. (1999). *L'intervention thérapeutique*. G. Morin.
- Chauvière, M (2008). Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation. *Pensée plurielle*, 1(17), pp. 135-138. <https://doi.org/10.3917/pp.017.0135>.
- Chênevert, D. & Dubé, M. (2008). Les nouvelles formes d'organisation du travail : le rôle des perspectives contingente et institutionnelle. *Relations Industrielles / Industrial Relations*, 63(1), 134-159. <https://doi.org/10.7202/018125ar>
- Chevalier-Caron, C., Cohen, Y. & Dumais, S. (2024). Chronologie des soins infirmiers au Canada. Histoire, Femmes, Genre et Migration (HGFM). UQÀM. Consulté le 1 janvier 2024. <https://www.hfgm.uqam.ca/histoire-des-femmes/nursing-soins-infirmiers/chronologie-des-soins-infirmiers-au-canada/>
- Clapin-Pepin, D. (1984). "De la critique épistémologique du structuro-fonctionnalisme à son impérialisme sur l'administration publique" : travail de session. [s.n.].
- Clinique Psychologie Québec (2020). *Comment reconnaître les signes d'épuisement professionnel (burnout)*. Au travail. <https://cliniquepsychologiequebec.com/comment-reconnaitre-les-signes-depuisement-professionnel-burnout/#signes>

- Cloarec, P (2008). Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle. *Recherche en soins infirmiers*, 2(93), pp. 28-31.
<https://doi.org/10.3917/rsi.093.0028>.
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Teiger, C, Gagnon, I & Ouellet, F. (2005). *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile*. Études et recherches. Rapport. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
- Cohen, Y. (2000). *Profession infirmière : Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
<https://dx.doi.org/doi:10.1522/030141556>
- Cohen, Y. (2008). Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 2(93), 84-93. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0083>
- Cohen, Y. & Dagenais, M. (1987). Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41(2). 155-177.
- Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E. & Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline : histoire de la faculté des sciences infirmières de l'université de montréal*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : InterÉditions.
- Comité de négociation de la FIQ (2024). La FIQ toujours en négociation. Fédération Interprofessionnelle du Québec [en ligne]. Consulté le 18 janvier 2024.
<https://www.fiqsante.qc.ca/2024/01/18/la-fiq-toujours-en-nego/>
- Commission des lieux et monuments historiques du Canada (2008). Plaque commémorative en l'honneur de Jeanne Mance. Située sur le cours Le Royer. Ville de Montréal.
- Conseil de la Santé et du Bien-être (1995). *Un juste prix pour les services de santé : rapport du groupe de travail formé par le conseil et du bien-être*. Le Conseil.

- Corniou, M. (2014). Etienne Klein : Qu'est-ce que le temps ? *Québec Science [en ligne]*. Publié le 23 octobre 2014. <https://www.quebecscience.qc.ca/sciences/etienne-klein-quest-ce-que-le-temps/>. Consulté le 11 décembre 2022.
- Courcy, I. & Farinas, L. (2019). *Tisser des liens. Perspectives interdisciplinaires sur le travail relationnel*. Actes du colloque (486) tenu le 9 mai 2018 dans le cadre du 86^{ème} congrès de l'Association Francophone pour le Savoir (ACFAS). Centre InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal.
- Davis, F. (1966). *The Nursing Profession : Five Sociological Essays*. New York : Wiley.
- Delaitre, B. (2020). *Journée internationale des infirmières : des héroïnes en blouses blanches*. Le Mauricien. Mis en ligne le 17 mai 2020. Consulté le 5 février 2023. <https://www.lemauricien.com/scope/journee-internationale-des-infirmieres-des-heroines-en-blouses-blanches/350971/>
- Demilly, L. (2016). Nouveaux acteurs, nouvelles logiques de champ pour les métiers de la relation. Dans Doucet, M.-C. & Viviers, S. (2016). *Métiers de la relation, nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail*. Presses universitaires Laval, Québec. pp. 51-66
- Deroy-Pineau Françoise. (1995). *Jeanne Mance : de Langres à Montréal, la passion de soigner*. Bellarmin.
- Diebolt, E. (2013). Prémices de la profession infirmière : de la complémentarité entre soignantes laïques et religieuses hospitalières XVII-XVIII^{ème} siècle en France. *Recherche en soins infirmiers*, 2(113), 6-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.113.0006>
- Dontigny, C. (2021). *Le recours au temps supplémentaire obligatoire : les enjeux en droit du travail et en droit disciplinaire pour les infirmières*. Université de Sherbrooke.
- Doucet, M.-C. & Viviers, S. (2016). *Métiers de la relation, nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail*. Presses universitaires Laval, Québec. pp. 51-66
- Dubar, C. (2012). « Accélération. Une critique sociale du temps, H. Rosa », *Sociologie du travail*, 54(3). 410-413. <https://doi.org/10.4000/sdt.6978>

- Dubois, C.-A. & Dussault, G. (2002). La politique de ressources humaines et la transformation des systèmes de soins. *Gestion*, 3(27), 55-63. <https://doi.org/10.3917/riges.273.0055>
- Dubois-Fresney, C. & Perrin, G. (1996). *Le métier d'infirmière en France : Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers* (Que sais-je ?, 3052). Presses universitaires de France.
- Dumont, J.-P. (2003). Les conflits de pouvoir à l'hôpital. *Les Tribunes de la santé*, 1(1). 71-81. <https://doi.org/10.3917/seve.001.81>
- Egan, G. (2005). *Communication dans la relation d'aide* (2^{ème} édition). Groupe Beauchemin.
- Ehrenreich, B., & English, D. (1983). *Sorcières, sages-femmes & infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*. Éditions du Remue-Ménage.
- Eiffling, V. (2014). Constructivismes, identités et rôles : analyse comparative des réponses apportées par l'Iran et la Turquie au Printemps arabes. Communication. Colloque IPSOLE (UCL). 15-16 mai 2014.
- Etienne, A.-L. (2021). *Une infirmière raconte l'impact du temps supplémentaire obligatoire (TSO) sur sa vie*. Mis en ligne le 26 octobre 2021. Consulté le 15 janvier 2023. <https://www.24heures.ca/2021/10/26/une-infirmiere-raconte-limpact-du-temps-supplementaire-obligatoire-tso-sur-sa-vie>
- Fédération Interprofessionnelle du Québec (2023). *Des ratios pour des soins humains*. <https://www.fiqsante.qc.ca/dossiers/ratios/>
- Ferréol, G. (2002). *Dictionnaire de sociologie* (3^{ème} éd.). Armand Colin.
- For Facilities (2021). *Nurse-to-Patient Ratios : A state-by-State Guide*. Gale. Mis en ligne le 14 janvier 2021. Consulté le 5 février 2023. <https://galehealthcaresolutions.com/nurse-to-patient-ratios-a-state-by-state-guide/>
- Forget, J. & Conseil Québécois pour l'enfance et la jeunesse (1990). *La relation d'aide : Aider les adolescents et les adolescentes en difficulté*. Les éditions Logiques.

- Formarier, M. (2004). La place de l'interdisciplinarité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 4(79), 12-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.079.0012>
- Formarier, M. (2007). La relation de soins, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 2(89), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Fortineau, V., Lamouri, S. & Eckerlein, G. (2015). *Analyse des potentialités et des limites du LEAN à l'hôpital : vers une démarche d'excellence hospitalière*. QUALITA'. Nancy, France.
- France-Presse (2022). *La pandémie de COVID-19 a fait au moins 15 millions de morts dans le monde*. Radio-Canada. Mis en ligne le 5 mai 2022. Consulté le 16 janvier 2023. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1881190/pandemie-coronavirus-monde-morts-sante?depuisRecherche=true>
- Fourez, G., Maingain, A., & Dufour, B. (2002). *Approches didactiques de l'interdisciplinarité*. Perspectives en éducation et formation. De Boeck Université.
- Fray, A.-M. & Picouneau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 8(38). 72-88. <https://doi.org/10.3917/mav.038.0072>
- Genre, E. & Reymond, B. (1997). *La relation d'aide : une pratique communautaire* (Traduit de l'italien par Rebeau, J.-F.). Labor et Fides.
- Gentili, F. (2005). Comment définir l'identité professionnelle ? *La rééducation contre l'école, tout contre : L'identité professionnelle des rééducateurs en question*. 17-57. Toulouse : Érès.
- Germain, R. (1985). *Le mouvement infirmier au Québec : Cinquante ans d'histoire*. Éditions Bellarmin. Montréal.
- Gharbi, M., Di Mascolo, M. & Verdier, C. (2024). Charge de travail du personnel infirmier dans les hôpitaux - étude bibliographique. <https://hal.science/hal-04510294v2>
- Girard, D. (2009). Conflits de valeurs et souffrance au travail. *Éthique publique*, 11(2). 129-138.

- Gosselin, L. (2021). *La valeur du travail du care sous la loupe de la pandémie*. Conseil du Statut de la Femme. Mis en ligne le 14 mai 2021. Consulté le 1er septembre 2024. <https://csf.gouv.qc.ca/article/publicationsnum/les-femmes-et-la-pandemie/societe/la-valeur-du-travail-du-care-sous-la-loupe-de-la-pandemie/>
- Goulet, O., & Goulet, O. (1993). *La profession infirmière : valeurs, enjeux, perspectives*. G. Morin.
- Gouvernement du Québec (1973). *Loi des infirmiers et des infirmières du 6 juillet 1973*. Chapitre 48. Section VIII, art.36. Province de Québec, Canada.
- Gouvernement du Québec (2016). *Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)*. Santé Montréal. Consulté le 17 février 2023. <https://santemontreal.qc.ca/population/ressources/ciuss/>
- Gouvernement du Québec (2018). *Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)*. Consulté le 17 février 2023. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/ciuss-et-ciuss>
- Gouvernement du Québec (2022). Plus humain et plus performant. Plan pour mettre en oeuvre les changements nécessaires en santé. Consulté le 1er octobre 2024. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf
- Gouvernement du Québec (2023). Horaire atypique. *Thésaurus de l'activité gouvernementale*. Consulté le 10 février 2023. <https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=17419>
- Guérard, F. (2022). Le système de santé au Québec. Dans le *Dictionnaire USITO*. Université de Sherbrooke. <https://usito.usherbrooke.ca>. Consulté le 15 décembre 2022.
- Harduin, M. (2009). *La construction de l'identité professionnelle chez des étudiants en soins infirmiers*. Mémoire. Université de Genève.
- Haute Autorité de Santé (2017). *Burn-out – Repérage et prise en charge*. https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974265/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge

Heron, M. (2012). Le temps dans les soins. Dossier. *SOINS*, 1(769). Elsevier Masson. Trouvé sur Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/profession-ide/le-temps-dans-les-soins>. Consulté le 11 décembre 2022.

Héту, J.-L. (2007). *La relation d'aide : éléments de base et guide de perfectionnement* (4^{ème} édition). G. Morin, Chenelière Éducation.

Hughes, E. C. (1996). *Le regard sociologique*. EHESS.

Institut Canadien d'Information sur la Santé (2022). *L'expérience des dispensateurs de soins durant la pandémie de Covid-19*. La main d'oeuvre de la santé au Canada : point de mire. Rapport (ICIS).

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (2021). *Travail en horaires atypiques*. Mis à jour le 2 juillet 2021. Consulté le 10 février 2023. <https://www.inrs.fr/>

Jubin, S., Monnat, L., Zuercher, C. & Bernard, J.-P. (2020). *Les infirmières, héroïnes dévouées de l'année 2020*. 24 Heures. Mis en ligne le 27 décembre 2020. Consulté le 5 février 2023. <https://interactif.24heures.ch/2020/infirmieres/>

Klein, A. (2023). Figures marquantes de la solidarité – 6^{ème} rencontre : Charlotte Tassé. Conférence du 7 mars 2023. Auditorium de la Grande Bibliothèque. Fondation Lionel-Groulx. Consulté le 1 janvier 2024. <https://fondationlionelgroulx.org/programmation/23/03/07/figures-marquantes/charlotte-tasse>

Kramer, M. & Schmalenberg, C. (2005). Best quality patient care : A Historical Perspective on Magnet Hospitals. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3). 275-287. <https://10.1097/00006216-200507000-00013>

Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Éditions Études Vivantes.

Kuvavic, I. (1972). Marxisme et fonctionnalisme. Dans : *L'Homme et la société* (23). Sociologie critique et critique de la sociologie. pp. 95-109. DOI : 10.3406/homso.1972.1487 http://www.persee.fr/doc/homso_0018-4306_1972_num_23_1_1487

Laberge, M. & Montmarquette, C. (2009). Portrait des conditions de pratique et de la pénurie des effectifs infirmiers au Québec. Rapport de projet.

Laflamme, B. (2017). La temporalité dans les soins. *Le temps en question*. Mis en ligne le 1^{er} décembre 2017. Consulté le 15 août 2024. <https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/dossiers/le-temps-en-question/la-temporalite-dans-les-soins.aspx>

Laflamme, S. (2011). Recherche interdisciplinaire et réflexion sur l'interdisciplinarité. *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 7(1), 49–64. <https://doi.org/10.7202/1007081ar>

Laflamme, S. (2021). Rationalité scientifique, disciplinarité et interdisciplinarité. *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 16(2), 201–236. <https://doi.org/10.7202/1077098ar>

Lagier, C. (2019). Le rôle propre infirmiers au cœur de la modernité soignante. *Revue de l'infirmière et de l'assistante Sociale*, 68(248), 16-18. <https://dx.doi/10.1016/j.revinf.2019.01.003>

Laloy, D. (2011). L'articulation des temps sociaux comme enjeu central chez les professionnels du social. *Pensée plurielle*, (26), p.53-64. <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2011-1-page-53.htm>

Langlois, C. (1999). *Le virage ambulatoire*. Éd. Deslandes.

Le Breton, D. (2012). 2. Les grands axes théoriques de l'interactionnisme. *L'interactionnisme symbolique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Magni-Berton, R. (2008). Holisme durkheimien et holisme bourdieusien : Étude sur la polysémie d'un mot. *L'année sociologique*, 58(2), 299-318. <https://doi.org/10.3917/anso.082.0299>

Marleau, D. (2011). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier : 2010-2011, Le Québec et ses régions*. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

Marleau, D. (2019). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier : 2018-2019, Le Québec et ses régions*. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

Marleau, D. (2021). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec : 2020-2021*. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

Marleau, D. & Thuilier, C. (2022). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec : 2021-2022*. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

Martin, B. (2022). Accélération – Une critique sociale du temps. Hartmut Rosa. Paris : Éditions de la Découverte, 2010 : 498 pages. *Perspectives Psy*, 2(61). 180-181. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1051/pps/2022612180>

Maynard-Turcotte, A. (2020). *Être infirmière, c'est difficile. Pandémie ou pas*. Quatre, 95. Mis en ligne le 9 avril 2020. Consulté le 5 février 2023. <https://quatre95.urbania.ca/article/etre-infirmiere-cest-difficile-pandemie-ou-pas>

Meek-Bouchard, C. (2021). Les professions de soins en temps de COVID-19 : vers une valorisation du *care* ? *Nouvelles pratiques sociales*, 32(1), 375–392. <https://doi.org/10.7202/1080886ar>

Normand, L. & Touchette, P. (2023). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec : 2022-2023*. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2022). *Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière*. Pratique professionnelle. <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2022). *Code de déontologie des infirmières et des infirmiers : Au nom de la santé des Québécois*. Légis Québec.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2021). *Montréal : Portrait régional de l'effectif infirmier et de la relève infirmière, 2020-2021*.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2022). *Montréal : Portrait régional de l'effectif infirmier et de la relève infirmière, 2021-2022*.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2011). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec : 2010-2011*.

- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2023). *Tableaux de données 2012-2013 à 2022-2023*.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2020). *100 ans d'histoire*. 100 ans à veiller sur la santé. Histoire. <https://www.oiiq.org/100-ans/historique>
- Painchaud, A. (2024). Plus de 790 000 québécois attendent pour voir un médecin spécialiste. Radio-Canada. Publié le 29 juillet 2024. Consulté le 29 juillet 2024. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2092413/attente-medecin-specialiste-sante-quebec>
- Palier, B. (2012). *La réforme des systèmes de santé. Que sais-je ?* Presse Universitaire de France.
- Patenaude, O., Gauvreau, F. & Robillard, M. (2014). *Au cœur des soins infirmiers : Guide d'apprentissage de la relation d'aide* (3^{ème} édition). Fides Éducation.
- Petit, A. (1989). *Les infirmières : de la vocation à la profession*. Boréal.
- Phaneuf, M. (2011). *Relation d'aide et utilisation thérapeutique de soi, des outils pour les soins infirmiers*. Infiressources. http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/12/Relation_daide_et_utilisation_therapeutique_de_soi_outils_pour_les_soins_infirmiers_Phaneufdec2011.pdf
- Quenneville, A., Clavet, M. & Dubé, F. (2008). L'évolution récente du système de santé et de services sociaux : étapes et enjeux. *Santé, société et solidarité*, (2). 53-60.
- Raoult, A. & Thiébault-Roger, F. (2004). *Démarche relationnelle : relation d'aide et relation d'aide thérapeutique*. Vuibert.
- Robert, P., Rey-Debove, J. & Rey, A. (2015). *Le Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Nouvelle édition remaniée et amplifiée du Petit Robert de Paul Robert. Dictionnaires Le Robert.
- Robez, M. (2022). *Organisation du travail : 10 conseils pour gagner en efficacité*. Trouvé sur independant.io. <https://independant.io/organisation-du-travail/>. Consulté le 15 décembre 2022.

- Rogers, C. (2010). *La relation d'aide et la psychothérapie* (16^{ème} édition). ESF Éditeur.
- Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Rosa, H. (2010). *Accélération : Une critique sociale du temps*. Paris : La Découverte.
- Sainsaulieu, R. (1985). L'identité au travail. *Les effets culturels de l'organisation*. Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.
- Sainsaulieu, R. (2019). Chapitre 6. Hiérarchie, pouvoir, autorité. *L'identité au travail*. 373-379. Paris : Presses de Sciences Po.
- Saint-Arnaud, J. (2022). *Temps supplémentaire obligatoire des infirmières. Des conditions de travail légalement et éthiquement inacceptables*. Mis en ligne le 4 avril 2022. Consulté le 13 février 2023. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2022-04-04/temps-supplementaire-obligatoire-des-infirmieres/des-conditions-de-travail-legalement-et-ethiquement-inacceptables.php>
- Sauvé, J. & Paquette-Desjardins, D. (2002). *Analyse et interprétation des données, planification des interventions : reconnaître la problématique et planifier le changement* (Ser. Profession infirmière). Chenelière/McGraw-Hill.
- Soares, A. (2003). La santé mentale au travail : s'attaquer aux sources du problème. Dans St-Onge, S. (2007), *Gérer les performances au travail : défis, tendances, pratiques, conditions*. Montréal : Gestion, revue internationale de gestion. 633-642.
- Soussi, S. A. (2022). Notes de cours du 30 novembre 2022. *Sociologie du travail*. Université du Québec à Montréal.
- Statistique Canada (2022). Les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie de Covid-19, septembre à novembre 2021. Mis en ligne le 3 juin 2022. Consulté le 18 août 2024. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220603/dq220603a-fra.htm>

Statistique Canada (2023). Personnel infirmier : travail plus ardu pendant plus d'heures dans un contexte de pénurie croissante de main d'oeuvre. Mis en ligne le 24 juillet 2023. Consulté le 17 juillet 2024. <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/4165-personnel-infirmier-travail-plus-ardu-pendant-plus-dheures-dans-un-contexte-de-penurie>

TAB SANTÉ (2021). *Le burn-out des infirmiers : un syndrome à prendre au sérieux*. <https://www.tabsante.com/le-mag/le-burn-out-des-infirmiers-un-syndrome-a-prendre-au-serieux/>

Tai, T.W., Bame, S.I. & Robinson, C.D. (1998). Review of nursing turnover research, 1977-1966. *Social science & Medicine (1982)*, 47(12), 1905-1924. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00333-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00333-5)

Trahan, L., Bégin, P., Demers, M. & Lafontaine, P. (1999). Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires : Ensemble du Québec. *Recherche et évaluation relatives à la transformation du système de santé et de services sociaux, Volume 2*. Québec : ministère de la santé et des services sociaux.

Tremblay, D.-G. & Larivière, M. (2009). *Les infirmières forment l'un des groupes professionnels à la fois les plus féminisés et les plus exposés aux horaires de travail atypiques*. Note de recherche 2009-6, ARUC. TELUQ/UQAM. <https://depot.erudit.org/id/002970dd>

TVA Nouvelles (2023). « *On se sent seul* » : une infirmière dénonce la pratique de temps supplémentaire obligatoire. Mis en ligne le 12 février 2023. Consulté le 15 février 2023. <https://www.tvanouvelles.ca/2023/02/12/on-se-sent-seul-une-infirmiere-denonce-la-pratique-de-temps-supplementaire-obligatoire>

Voz, G. & Cornet, J. (2010). Comment former de futurs enseignants réflexifs ? *Education & Formation*, e-294.

Weber, M. (1963). *Le savant et le politique*. Paris, Union Générale d'Éditions. http://classiques.uqac.ca/classiques/Weber/savant_politique/Le_savant.pdf

Wenner, M. (2001). *Sociologie et culture infirmière*. Éditions Seli Arslan. Paris.

Woodford, G. (2017). *Tisser des liens : l'évolution des soins centrés sur le patient, du Modèle McGill aux soins infirmiers fondés sur les forces*. Faculté de médecine et des sciences de la santé. Le Bulleletel [en ligne]. Université McGill. Montréal. Consulté le 5 janvier 2024. <https://lebulleletel.mcgill.ca/tisser-des-liens-levolution-des-soins-centres-sur-le-patient-du-modele-mcgill-aux-soins-infirmiers-fondes-sur-les-forces/>