

Le futur de notre profession :

# priorités, tendances et développements



Photo Gilles Fréchette

Carmen G. Loiselle

PAR CARMEN G. LOISELLE, INF., PH.D.

*(Extraits de la conférence présentée  
le 30 octobre 2001, à Québec)*

Bonjour chères collègues,  
aujourd'hui j'aborderai trois thèmes qui, je crois, méritent une réflexion collective : les soins infirmiers, le développement des connaissances et l'organisation des soins. Ces thèmes sont particulièrement pertinents à un moment où le système de santé se distingue par son caractère imprévisible (Baumann *et al.*, 2001). À un moment où les pressions sont fortes pour trouver des solutions rapides et faciles à des

problèmes complexes et sérieux, on se doit d'avoir une longueur d'avance. Les problématiques actuelles, tels la pénurie d'infirmières, l'accroissement anticipé de la population, une population vieillissante requérant plus de services de santé et la réorganisation massive de ces services, doivent nous pousser à envisager des solutions novatrices (GRIS, 2001 ; MSSS, 2001 ; Purnell *et al.*, 2001 ; Scott *et al.*, 1999). Des solutions répondant le plus efficacement possible aux besoins de la population (ACHHR, 2000 ; GRIS, 2001). [...]

## Où se cache la «vraie» infirmière ?

Le thème des soins infirmiers a pour sous-thème un peu cocasse «Où se cache la «vraie» infirmière?» J'avance ici que nous sommes souvent confrontées à une incongruence entre le stéréotype de ce qui constitue une «vraie» infirmière et la réalité pluraliste de la profession. Concernant cette incongruence, qui d'entre nous ne s'est pas demandé à un moment ou à un autre : «Est-ce que je correspond vraiment au profil d'une vraie infirmière?» Ce questionnement prend souvent racine à partir du niveau de scolarisation ou du diplôme obtenu, de la spécialisation ou du champ d'exercice, et des tâches à accomplir. Ce constat nuit à la profession.

À titre d'exemple, une collègue me disait l'autre jour que son conjoint la présente comme ayant déjà été infirmière parce que, dit-il, maintenant qu'elle détient un doctorat et s'implique de plus en plus dans la recherche, elle n'est plus vraiment infirmière. Une étudiante relatait en classe qu'elle se fait dire souvent qu'elle n'est pas infirmière au vrai sens du terme puisque, après l'obtention d'un baccalauréat en sciences biologiques, elle a obtenu une maîtrise dite «générique» en sciences infirmières (voir description de ce type de maîtrise dans Ezer *et al.*, 1991).

Y aurait-il lieu de penser que nous adoptons parfois une approche professionnelle exclusive plutôt qu'inclusive, et que la nature du diplôme obtenu ou d'autres critères priment sur tout le reste? Au moment où une combinaison

gagnante pour la profession infirmière inclurait une vision commune, la fragmentation parmi nos membres affaiblit grandement notre portée. Si nous sommes d'accord sur le fait que ce sont les besoins des patients et les effets escomptés des soins qui dictent la nature de nos interventions infirmières, les diplômés prennent moins d'importance, non? Une formation de qualité en soins infirmiers s'avère cruciale, mais le souci le plus pressant demeure le suivant: compte tenu de la problématique de santé de cette personne, de cette famille, de cette communauté, comment peut-on offrir un soin qui réponde pertinemment à leurs besoins?



Ainsi, en favorisant la cohésion et l'inclusion des membres de notre profession, nous joignons nos ressources, nos talents et nos forces pour notre propre mieux-être et le mieux-être de la population. Le pouvoir et le leadership de la profession s'en trouvent aussi renforcés. La spécialisation ou le champ d'exercice est souvent source de fragmentation dans la discipline. Il semble logique que la signification du travail des infirmières passe plutôt par le COMMENT elles travaillent plutôt que par la nature du milieu dans lequel elles exercent leur profession.

Comme le dit si bien Lynda Carpenito, la profession a eu longtemps tendance à classer par ordre d'importance les champs de pratique en fonction de certaines valeurs, telles la complexité technique inhérente et l'importance accordée à celle-ci (Carpenito, 1999). [...] Avec l'avènement de la pratique avancée, succomberons-nous à la tentation de placer ce champ de pratique tout en haut de la liste? Ou au contraire, dans un mouvement inclusif, déciderons-nous de traiter les divers champs de pratique sur le même pied? Serons-nous fières de l'éventail de champs de pratique que nous offrons, cet éventail se modifiant en fonction des grands courants et des besoins changeants de notre société?

Heureusement, nous nous engageons de plus en plus dans un mouvement de cohésion et d'inclusion, et ce constat peut se faire ici même au congrès. Les présenta-

tions et les ateliers du congrès émanent de divers champs d'exercice qui traditionnellement ont été souvent sous-représentés. De telles initiatives et une appréciation accrue des divers champs de pratique sont garantes d'un avenir solide pour la profession.

### **Et les effets escomptés... comment s'y prendre?**

De plus en plus, les besoins de la population en matière de soins de santé s'intensifient et deviennent plus complexes. Cette complexité nécessite une mise à jour continue des habilités de l'infirmière afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de la population. Une approche infirmière fondée sur les effets escomptés est donc requise, d'où le besoin d'un soutien pédagogique et professionnel pour les infirmières, et ce, par le biais d'ateliers et de programmes de formation continue. En d'autres termes, un processus d'apprentissage à long terme.

Cependant, depuis le début de la restructuration du système de santé, la plupart des établissements au Canada ont réduit leur appui au développement professionnel, les gestionnaires invoquant le plus souvent les contraintes budgétaires. Il est vrai que ces contraintes et les pénuries de personnel rendent difficile la fréquentation des cours de formation, même lorsque ceux-ci sont disponibles (Baumann *et al.*, 2001). Or, des études confirment que plus les infirmières sont compétentes, plus l'efficacité des soins augmente (Aiken *et al.*, 1994 ; Blegen *et al.*, 1998). Un milieu qui offre peu de possibilités de perfectionnement et d'avancement peut contribuer à la fois à la baisse du moral des employés, à l'épuisement des infirmières chevronnées et au découragement des nouvelles.

Dans une approche novatrice, l'hôpital St. Michael's de Toronto offre aux infirmières la possibilité de prendre, au sein même de cet établissement, un «congé sabbatique» de deux à trois mois (Baumann *et al.*, 2001). Dans le cadre de ce programme, les infirmières peuvent explorer de nouveaux secteurs cliniques et faire l'apprentissage de nouvelles approches de soins auprès d'une clientèle différente de celle qu'elles traitent habituellement. De retour dans leur unité de soins, ces infirmières partagent les nouvelles connaissances acquises avec leurs collègues.

Encore là il est clair que, pour développer et instaurer de telles innovations, un plus grand appui de la part des administrateurs et des gestionnaires est nécessaire. Ce genre d'initiatives démontre aux infirmières que leur établissement tient à elles et que la mise à jour des connaissances leur tient à cœur.

### **Informé et s'informer pour mieux rayonner**

L'atout le plus précieux d'un établissement de santé est son savoir professionnel (Petryshen, 2001). Le titre de cette section, informer et s'informer pour mieux rayonner,

renvoie à deux phénomènes interreliés: la formation continue des infirmières, un point que j'ai soulevé plus tôt, et l'éducation pour la santé.

**S'informer pour mieux rayonner** souligne l'importance, en cette ère des communications, d'être à l'affût des nouvelles technologies de l'information et d'apprécier son impact sur notre pratique présente et future.

L'informatisation des soins, par exemple, s'avère un outil complémentaire crucial pour la revitalisation de notre pratique, et nous avons pu en apprécier les avantages ici même au congrès. Dans cette évolution technologique, nous devons assurer une présence infirmière, et ce, dès les toutes premières étapes de développement des outils informatisés, afin qu'ils soient congruents à la conception du soin et aux buts des interventions infirmières, et liés directement à la portée des effets escomptés.

L'ère des communications a des effets marquants non seulement sur notre façon de gérer l'abondante information-santé dans notre propre développement professionnel, mais aussi dans nos relations avec les patients. Plusieurs de ceux qui se présentent dans nos établissements sont mieux informés que jamais sur leurs problèmes de santé. Ils apportent avec eux des documents tirés d'Internet sur des nouvelles modalités de traitement, des résultats de recherche ou de l'information sur des thérapies alternatives. Il n'est pas rare qu'un professionnel de la santé, une infirmière ou un médecin, demande aux patients l'adresse Internet où ils ont recueilli l'information ou demande à copier le document apporté pour la consultation!

Une telle tendance risque non pas de s'estomper mais plutôt de prendre encore plus d'envergure, si l'on se base sur les résultats récents d'une enquête canadienne (NFO Interactive Canada, 2001). Plus des deux tiers des Canadiens ont maintenant accès à Internet. Fait surprenant, 80% des recherches effectuées en ligne par ceux-ci portent sur la santé. Selon la même enquête, ce sont les femmes d'âge moyen qui utilisent davantage Internet pour des questions concernant la santé.

C'est donc dire que les infirmières qui, traditionnellement consacraient une bonne partie de leur temps à informer les patients, voient maintenant leur rôle se modifier progressivement. Les avantages importants de ce mouvement sont une plus grande autoprise en charge (*empowerment*) des patients et des proches et une relation plus égalitaire avec les professionnels de la santé.

Cependant, même si les individus sont de mieux en mieux informés sur les questions de santé qui les touchent, ils sont aussi appelés à gérer une masse importante d'informations. Or, certaines informations peuvent parfois être contradictoires, alarmistes ou carrément erronées. Aussi, le rôle de l'infirmière devient de plus en

plus celui de guide ou d'intermédiaire entre l'information-santé disponible et la gestion de cette information par les patients et leurs proches.

Par conséquent, les défis qui se présentent à nous se résument à assurer une contribution infirmière dans tout le processus de développement, d'implantation et d'évaluation d'outils de soin informatisés. Nous devons contribuer aussi à la création d'environnements de soin qui accueillent favorablement les technologies de l'information et encourager une pratique qui soit de plus en plus sensible aux patients et aux familles mieux informés. Des recherches pointues sur le sujet permettront aussi d'évaluer l'impact des technologies de l'information sur la pratique infirmière et sur les résultats des soins de santé.



Le deuxième élément, ***informer pour mieux rayonner***, met en lumière le besoin pressant de continuer à informer le public, sur une plus grande échelle, concernant la nature et les fonctions de notre profession et ainsi de susciter leur intérêt et leur soutien (Buresh et Gordon, 2000). Cela peut se faire sous diverses formes. L'infirmière virtuelle en téléconsultation de l'OIIQ et le développement du télénursing en sont de bons exemples. De plus, des séries télévisées décrivant des activités infirmières et documentant les innovations dans le domaine des soins infirmiers seraient utiles. Une nouvelle campagne d'information publique sur la profession pourrait aussi contribuer à accroître la visibilité de la profession dans le contexte actuel.

Toute la pertinence de ces activités peut être encore plus convaincante si nous l'ancrons dans un contexte théorique solide. Voyons maintenant comment un modèle interactionnel peut guider nos efforts sur les plans du soutien, des soins et des effets escomptés chez la clientèle.

### **Le modèle interactionnel en action**

Nous savons maintenant qu'une pratique centrée uniquement sur la personne est inadéquate pour expliquer les comportements de santé et les résultats des soins de santé

(Loiselle et Delvigne-Jean, 1998). Nous savons aussi que les facteurs contextuels, tels l'accès aux services, le soutien social et le soutien informationnel par les professionnels, ont des effets importants sur les résultats chez la clientèle. En recherche et en clinique, notre angle de vision s'élargit grandement, et nous commençons à apprécier davantage les effets conjoints des ressources personnelles et contextuelles sur la santé. Ce qui veut dire que non seulement les effets directs de ces ressources influent sur la santé, mais l'interaction entre ces deux types de ressources semble encore mieux prédire certains résultats des soins. D'où le terme modèle interactionnel.

Un exemple concret provient de mes recherches menées auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein. Nous nous intéressons particulièrement aux effets de nos interventions psychoéducationnelles sur le processus d'adaptation de ces femmes durant la maladie (Lambert et Loiselle, 2001; Loiselle, 2001). Les recherches effectuées jusqu'à maintenant démontrent que les femmes qui reçoivent de l'information qui reflète davantage leurs besoins ponctuels en information sont plus efficaces. De plus, ces effets sont plus prononcés chez les femmes qui disent avoir moins de ressources personnelles et contextuelles que chez celles qui sont mieux nanties (Helgeson *et al.*, 2001; Loiselle, 2001). Nous en sommes maintenant à vérifier si l'utilisation des technologies de l'information par les femmes atteintes d'un cancer du sein produit des résultats encore plus bénéfiques chez celles-ci. Ce type de recherche peut être mené auprès de populations diversifiées, notamment auprès de groupes dits plus vulnérables ou des groupes difficiles à joindre.

La conceptualisation du modèle interactionnel n'est pas nouvelle. Or, le temps est venu d'évaluer la contribution tangible du modèle au moyen de recherches « terrain » (Loiselle, 2001). Ce modèle est particulièrement attrayant pour la profession infirmière puisque la nature même de notre travail nous permet d'intervenir auprès des trois catégories de variables : certaines ressources personnelles telles que répondre plus adéquatement aux besoins d'information des patients ; les ressources contextuelles telles que mobiliser le soutien social au besoin ; et les interventions directes sur des résultats chez la clientèle, tels la qualité de vie, le bien-être psychologique et physique et l'utilisation optimale des services de santé. Aucune autre profession ne peut prétendre pouvoir en faire autant ! [...]

De plus, le développement de connaissances en sciences infirmières doit être soutenu par une culture éducationnelle, professionnelle et organisationnelle qui favorise les connaissances de pointe et l'innovation, encourage la curiosité intellectuelle et récompense le perfectionnement professionnel (Petryshen, 2001).

### S'organiser avant de se faire organiser

Nous vivons des changements importants dans la structure et la prestation des soins. Les réseaux intégrés de services et **bientôt** la mise en place de groupes de médecine de famille en sont des exemples. La qualité des alliances qui s'établiront entre professionnels et établissements de santé sera certainement l'élément fondamental du succès de la transformation du réseau (Busilacchi, 2001).

On note déjà une forte concurrence entre les professionnels de la santé pour occuper une place de choix dans la réforme (Gottlieb, 1997). Notre profession est celle qui peut réaliser les plus grands gains, mais aussi subir les plus grandes pertes (Gottlieb, 1997). Serons-nous considérées comme des acteurs clés dans l'arrimage des services ? Ou verrons-nous nos rôles fragmentés et ce, à un point tel qu'ils seront remplis par une main-d'œuvre moins coûteuse ? Une attitude vigilante et proactive est de mise (Desrosiers, 2001), et nous devons assurer une présence infirmière au sein des différents comités décisionnels.



Le projet de groupes de médecine de famille — soit dit en passant, cette appellation se transforme parfois subtilement en groupes de médecins de famille — vise principalement à assurer l'accessibilité du système de santé 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Même si on parle du rôle de l'infirmière comme intervenante pivot, dans les faits, on voit encore trop peu le développement du rôle de l'infirmière dans ces groupes. Le choix même des mots pour désigner cette entité, groupes de médecine de famille, laisse entrevoir une certaine lutte de pouvoir. Pourquoi désigner un service multidisciplinaire par UNE entité disciplinaire, médicale ou autre ?

En accord avec ces propositions, il serait souhaitable de tendre vers l'idéal proposé par Carpenito (2000) où chaque individu, femme, homme ou enfant, aurait accès à une infirmière en pratique familiale qui puisse les accompagner à travers les transitions et les expériences de santé et de maladie. Un projet pilote mené par le CLSC Côte-des-Neiges à Montréal, en partenariat avec l'École des sciences

infirmières de l'Université McGill, s'approche de cet idéal en formant des infirmières de pratique familiale.

À travers ces développements, nous constatons que nous faisons face présentement à un double défi : concevoir de nouveaux rôles en sciences infirmières, mais aussi trouver des solutions à la pénurie d'effectifs actuelle et prévue. Au Québec seulement, on anticipe un déficit de 17 500 infirmières d'ici 2015 (MSSS, 2001) et au Canada, on l'estime à plus de 100 000 infirmières d'ici 2011 (AIIC, 1997).

Pour contrer ce problème et favoriser le recrutement, des mesures multiples peuvent être préconisées, telles la valorisation de la profession, des rétributions plus importantes et des mesures concrètes de soutien au travail. À l'heure actuelle, le gouvernement provincial semble se pencher davantage sur l'ajout de personnel de soutien pour résoudre cette pénurie (Desrosiers, 2001). Comment s'assurer que l'ajout de personnel de soutien ne dilue pas la portée de nos interventions en nous éloignant du contact direct avec les patients et les familles?

Pour résister à cette tendance, en serons-nous à re-négocier autour d'une bassine? C'est-à-dire négocierons-nous autour des techniques ou axerons-nous davantage nos interventions vers des processus plus globaux d'évaluation de la santé? Centrerons-nous nos efforts sur des stratégies de travail d'équipe ou sur la résolution de conflits interprofessionnels? Devrons-nous davantage définir et défendre notre « niche »?

Des études démontrent que de bonnes relations entre les soignants sont bénéfiques pour les patients et vont même jusqu'à réduire le taux de mortalité (Baumann *et al.*, 2001). Une piste de solution pouvant contribuer à établir ces bonnes relations est le maintien des réunions du personnel infirmier, un élément souvent oublié pendant les périodes intenses de réorganisation. On sait aussi que de fréquentes communications informelles entre les paliers hiérarchiques sont plus efficaces que des réunions officielles (Kramer et Schmalenberg, 1988). De plus, le personnel infirmier devrait disposer des fournitures et de la technologie nécessaires pour effectuer leur travail de façon optimale. Ainsi, les meilleurs effets escomptés chez les patients passent par des efforts conjugués de la part des gouvernements, des employeurs, des éducateurs et des infirmières afin de créer un milieu de travail plus sain pour les infirmières (Aiken *et al.*, 1994 ; Scott *et al.*, 1999).

Qu'est-ce qu'on entend par milieu de travail sain? Un travail où les tâches sont adaptées aux ressources du travailleur, où l'on trouve un degré acceptable de prévisibilité et du soutien; un travail qui suscite de l'intérêt et un sentiment de contrôle, et où l'on retrouve un équilibre entre l'effort déployé et la récompense (Baumann *et al.*, 2001).

Enfin, il est clair que l'amélioration du milieu de travail des infirmières passe par une gestion des soins infirmiers fondée sur le partenariat avec le personnel infirmier (Petryshen, 2001).

### Que nous réserve l'avenir?

Il est toujours un peu périlleux de prédire l'avenir, mais ne pas le faire est sans doute encore plus périlleux. Tout au moins, l'exercice nous prépare à faire face aux multiples changements présents et à venir. Ainsi, ces changements

nous prennent moins par surprise, ce qui nous laisse plus de temps pour nous repositionner et agir plutôt que de réagir.

Trois thèmes peuvent servir d'ancrage à la réflexion sur les pistes d'avenir : une vision claire des opportunités et des défis qui s'offrent à nous; des **concepts clés** en accord avec cette vision; et des **impératifs** ou les éléments nécessaires pour rendre cette vision opérationnelle.

Pour les infirmières qui possèdent les compétences, la volonté et un sens de l'initiative aigu,

cette période de changement représente une occasion inespérée d'assumer un rôle de premier plan dans le nouvel ordre des soins de la santé, qui est centré davantage sur la promotion de la santé et les soins de santé communautaires.

La **vision** en est une qui place notre profession au centre des activités de réforme, une profession qui fait face aux défis actuels mais qui en dénonce aussi les aberrations ou les limites. Une attitude vigilante à bien des égards assure que nous saisissons les opportunités et que nous nous positionnons bien pour le prochain « virage ».

À quoi ressemblera le prochain virage? Il sera sans doute encore plus teinté par les technologies de l'information, l'ère des communications prenant encore plus de place dans nos relations avec les pairs et les patients. Dans le prochain virage, les besoins changeants de la population s'accroîtront. Nous verrons donc une augmentation des spécialisations infirmières et médicales ainsi qu'une augmentation des tâches déléguées.

« On ne trouve pas les voies d'avenir, on les ouvre. Et dans cette action se transforme à la fois celui qui chemine et sa destination. »

— Schaar

Les concepts clés inclus dans cette vision sont : la cohésion au sein de la profession, peu importe la nature des diplômes ; le champ de spécialisation ou le milieu de pratique ; et une tendance à la proactivité, où la profession anticipe les changements et ne craint pas de revendiquer sa place au sein du système de santé. Cette attitude proactive signifie que nous prendrons consciemment des décisions concernant notre avenir avant que quelqu'un d'autre les prenne à notre place.



C'est une approche infirmière qui va aussi au-delà des considérations économiques et des données probantes, où l'efficacité et l'efficience des interventions infirmières sont importantes, mais où la vision holiste du soin n'est pas laissée pour compte (Berrey *et al.*, 2001). Il convient pertinemment que nous fassions davantage valoir cette approche globale centrée sur les besoins des patients, les expériences de santé et la qualité de vie, et en fassions reconnaître la place et l'importance dans le système de santé actuel (Baumann *et al.*, 2001).

Les **impératifs**, les efforts et les compétences du personnel infirmier sont souvent mal reconnus, mal mesurés et mal rémunérés (O'Brien-Pallas *et al.*, 1997). Suzanne Gordon, journaliste et écrivaine réputée, prétend qu'un plus grand statut professionnel passe par l'atteinte des trois «R» (Buresh et Gordon, 2000) :

- une meilleure reconnaissance de l'importance de notre travail par nos pairs, le public et les autres professionnels de la santé ;
- une rémunération adéquate. Même si l'argent n'est pas tout, il demeure un barème important de la valeur accordée au travail accompli (Baumann *et al.*, 2001) ;
- et enfin, le respect. Les infirmières ne doivent pas se sentir traitées comme une ressource humaine facilement remplaçable. Ce respect se traduit aussi par la promotion d'un milieu de travail sécuritaire pour les infirmières sur le plan tant matériel que social. ☺

## Bibliographie

- ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH HUMAN RESOURCES (ACHHR). *The Nursing Strategy for Canada*, Health Canada, 2000.
- AIKEN, L.H., H.L. SMITH et E.T. LAKE. « Lower Medicare Mortality Among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care », *Medical Care*, vol. 32, n° 8, août 1994, p. 771-787.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (AIIC). *A Statistical Picture of the Past, Present and Future of Registered Nurses in Quebec*, Ottawa, AIIC, 1997.
- BAUMANN, A., L.O. BRIEN-PALLAS, M. ARMSTRONG-STASSEN, J. BLYTHE, R.E. BOURBONNAIS, S. CAMERON, D.I. DORNA, M. KERR, L.M. HALL, M.V. ZINA et L. RYAN. *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système* (synthèse pour politiques), Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2001.
- BERRY, E., P. CHINN, R. COWLING, S. HAGEDORN, A. RAFAEL et M. SMITH. *A Nursing Manifest: A Call to Conscience and Action*, <http://www.nursemanifest.com/manifesto.htm>, [consulté le 28 août 2001].
- BLEGEN, M.A., C.J. GOODE et L. REED. « Nurse Staffing and Patient Outcomes », *Nursing Research*, vol. 47, n° 1, janv./févr. 1998, p. 43-50.
- BURESH, B. et S. GORDON. *From Silence to Voice: What Nurses Know and Must Communicate to the Public*, Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), 2000.
- BUSILACCHI, R. *Informatique-Santé. Les nouvelles technologies et le partage de l'information : maintenant une réalité* (12<sup>e</sup> éd.), Association des hôpitaux du Québec (AHQ), 2001.
- CARPENITO, L.J. « Mirror, Mirror on the Wall », *Nursing Forum*, vol. 34, n° 2, avril-juin 1999, p. 3-4.
- « My Wish List – NOT », *Nursing Forum*, vol. 35, n° 1, janv.-mars 2000, p. 3-4.
- CHINN, P.L. *Emerging Nursing Knowledge 2000* (conférence internationale), Boston Circle for Emerging Nursing Knowledge, Boston (MA), 2000, p. 1-20.
- DESROSIERS, G. « La réglementation professionnelle : d'abord une question de protection du public », *L'Infirmière du Québec*, vol. 9, n° 1, sept./oct. 2001, p. 6-10.
- EZER, H., J. MACDONALD et C.P. GROS. « Follow-up of Generic Master's Graduates: Viability of a Model of Nursing in Practice », dans L.N. Gottlieb et H. Ezer (éds.), *A Perspective on Health, Family, Learning & Collaborative Nursing: a Collection of Writings of the McGill Model of Nursing*, Montréal, Université McGill-École des sciences infirmières, 1991, p. 227-236.
- FRENCH, S.E. « International Nursing: The Benefits of Working Together to Improve Nursing Globally », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 31, n° 3, déc. 1999, p. 7-14.
- GOTTLIEB, L.N. « La "Cooccurrence" : un modèle pour une pratique multidisciplinaire », *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 29, n° 1, été 1997, p. 7-9.
- GRUPE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ (GRIS). « *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : revue de la littérature* », Montréal, Université de Montréal, 2001.

HELGESON, V.S., S. COHEN, R. SCHULZ et J. YASKO. « Long-Term Effects of Educational and Peer Discussion Group Interventions on Adjustment to Breast Cancer », *Health Psychology*, vol. 20, 2001, p. 387-92.

KRAMER, M. et C. SCHMALENBERG. « Magnet Hospitals: Part I — Institutions of Excellence », *Journal of Nursing Administration*, vol. 18, n° 1, janv. 1988, p. 13-24.

LAMBERT, S. et C.G. LOISELLE. *Adjustment to Breast Cancer: A Review of Concepts, Contributions and Challenges* (manuscrit en révision), 2001.

LOISELLE, C.G. « Les femmes et l'information sur le cancer du sein : le périlleux équilibre entre le droit, le besoin et la peur de savoir », *La Revue du Réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein*, vol. 7, n° 1, 2001, p. 4-8.

LOISELLE, C.G. et Y. DELVIGNE-JEAN. « L'éducation pour la santé : éléments d'une critique », *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, vol. 94, n° 3, mars 1998, p. 42-46.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, Québec, MSSS, 2001.

NFO INTERACTIVE CANADA. *Canadian Online Health Monitor* [http://www.cfgroup.ca/cgi/english/products/syndicated/health\\_monitor/COH\\_promo.pdf](http://www.cfgroup.ca/cgi/english/products/syndicated/health_monitor/COH_promo.pdf) [consulté le 5 octobre 2001].

O'BRIEN-PALLAS, L., D. IRVINE, E. PEEREBOOM et M. MURRAY. « Measuring Nursing Workload: Understanding the Variability », *Nursing Economics*, vol. 15, n° 4, juil./août 1997, p. 171-182.

PETRYSHEN, P. « Améliorer le cadre de travail des infirmières par la gestion novatrice », (conférence annuelle—La série Joan Gilchrist d'exploration en sciences infirmières, *Optimiser l'environnement de soins: le milieu de travail des infirmières*), Université McGill — École des sciences infirmières, 2001.

PURNELL, M.J., D. HORNER, J. GONZALEZ et N. WESTMAN. « The Nursing Shortage: Revisioning the Future », *Journal of Nursing Administration*, vol. 31, n° 4, avril 2001, p. 179-186.

SCOTT, J.G., J. SOCHALSKI et L. AIKEN. « Review of Magnet Hospital Research: Findings and Implications for Professional Nursing Practice », *Journal of Nursing Administration*, vol. 29, n° 1, janv. 1999, p. 9-19.

SHAMIAN, J. et M. VILLENEUVE. « Building a National Nursing Agenda. A Timely Response for the Sickest Workers in the Country », *Hospital Quarterly*, vol. 4, 2000, p. 16, 18.

***Carmen Loiseau est professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université McGill et chercheuse à l'Hôpital Général Juif – Sir Mortimer B. Davis, à l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal et au CLSC Côte-des-Neiges, à Montréal. Ses activités de recherche et d'enseignement portent sur les comportements de recherche d'information-santé par les patients, la communication patient-professionnel de la santé et le processus d'adaptation à la maladie.***