

# ARUC

INNOVATIONS  
TRAVAIL  
EMPLOI

COMPRENDRE LES GÉNÉRATIONS  
D'INFIRMIÈRES PAR LES  
IDENTITÉS COLLECTIVES AU  
TRAVAIL: QUELQUES  
PROPOSITIONS POUR LES  
SYNDICATS

CHRISTINE ZWICK

CAHIER DE TRANSFERT  
CT-2011-002



UNIVERSITÉ  
LAVAL

Alliance de recherche  
universités-communautés  
Innovations, travail et emploi

**COMPRENDRE LES GÉNÉRATIONS D'INFIRMIÈRES  
PAR LES IDENTITÉS COLLECTIVES AU TRAVAIL :  
QUELQUES PROPOSITIONS POUR LES SYNDICATS**

**CHRISTINE ZWICK**

**Sous la direction de MICHEL RACINE (ARUC)**

**Cahier de transfert  
CT-2011-002**

Cette étude a été réalisée sous la forme d'un mémoire de maîtrise dans l'axe 3 de l'ARUC sur « la gestion des savoirs et de la formation ». Elle a été subventionnée par l'ARUC-Innovations, travail et emploi.

Cahiers de l'Alliance de recherche universités-communautés (ARUC)  
Collection Cahier de transfert – CT-2011-002  
**« Comprendre les générations d'infirmières par les identités collectives au travail :  
Quelques propositions pour les syndicats »**  
Christine Zwick

ISBN 978-2-923619-53-8

**Dépôt légal** - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
**Dépôt légal** - Bibliothèque et Archives Canada, 2011

## **Présentation de l'ARUC-*Innovations, travail et emploi***

La mondialisation, le progrès soutenu et constant des nouvelles technologies et le développement de l'économie du savoir représentent autant de facteurs qui obligent les organisations, quelles qu'elles soient, à innover dans leurs pratiques de travail et de gestion. La réussite de ces innovations exige toutefois de pouvoir compter sur une main-d'œuvre en santé, qualifiée et flexible, bénéficiant d'une sécurité d'emploi et de revenu. Telle est la préoccupation centrale de l'ARUC-*Innovations, travail et emploi*.

Cette alliance de recherche, mise en œuvre par le Département des relations industrielles de l'Université Laval, en est à sa deuxième vie, ayant obtenu d'abord un premier financement du CRSH pour la période 2005-2010, puis un second pour 2010-2015. L'ARUC réunit ainsi les principaux chercheurs et acteurs du monde du travail et de l'emploi au Québec. Elle s'appuie d'une part sur une équipe de recherche multidisciplinaire composée d'une trentaine de chercheurs provenant majoritairement du Département des relations industrielles de l'Université Laval, mais également de la Faculté d'administration, de la Faculté des sciences infirmières, ainsi que de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université du Québec en Outaouais, de l'Université du Québec à Rimouski et de l'IRSST. Elle fait d'autre part appel à un vaste réseau de partenaires appartenant autant aux milieux patronaux, syndicaux et gouvernementaux qu'au monde communautaire.

### ***Une approche novatrice en recherche misant sur le partenariat***

Une alliance de recherche, telle que l'ARUC-*Innovations, travail et emploi*, constitue une façon novatrice d'aborder l'activité de recherche en associant, à titre de partenaires, une multitude d'organisations (privées, publiques, associatives et communautaires) à la définition des orientations, à la réalisation des activités de recherche ainsi qu'aux activités de diffusion des résultats. En effet, la réalisation des recherches dans le cadre d'une ARUC repose sur la collaboration continue et l'apprentissage mutuel entre des chercheurs et des partenaires de la communauté dans une approche de résolution de problèmes dans les organisations et d'enrichissement des connaissances sur le travail et l'emploi.

Ainsi, en plus des modes traditionnels de diffusion des connaissances (publication d'ouvrages collectifs et d'articles, organisation de séminaires, de colloques et de formations), l'ARUC assure la publication de ses travaux dans sa propre collection « Les Cahiers de l'ARUC » et recourt à un site Internet dynamique en vue d'assurer le partage de connaissances et d'expertises entre ses divers membres.

### ***Un vaste programme de recherche***

L'ARUC-*Innovations, travail et emploi* propose un vaste programme de recherche, élaboré conjointement avec les partenaires, favorisant la production de connaissances sur les innovations en milieux de travail et leurs conditions associées, soit la formation, la gestion des savoirs et les protections sociales, elles-mêmes objet d'innovations. Les innovations sociales dont il est question, sont de nouvelles approches, pratiques, procédures, règles ou dispositifs introduits en vue

d'améliorer les performances, de résoudre un problème important pour les acteurs sociaux et/ou de régler un problème de déficit de coordination.

Les travaux de l'ARUC s'articulent autour de quatre grands axes de recherche, répondant aux enjeux actuels du monde du travail et de l'emploi.

### **Axe 1 : Innovations et conditions de réalisation du travail**

Les travaux de l'axe 1 s'intéressent aux effets des conditions de réalisation du travail sur la santé et la sécurité des travailleurs et sur la production ou le service. Dans la perspective de l'ergonomie, ils font appel à l'analyse de l'activité de travail elle-même, en remontant jusqu'aux déterminants institutionnels et aux politiques publiques. Les chercheurs étudient des innovations (contenu, impact et processus) portant sur la conception des situations de travail, l'amélioration conjointe des conditions de travail et de la qualité du service, la prévention et le retour au travail des travailleurs malades ou accidentés.

### **Axe 2 : Innovations dans l'organisation et les relations du travail**

L'objet de recherche de l'axe 2 concerne les innovations dans l'organisation et les relations de travail, incluant les pratiques de gestion des ressources humaines, dont celles qui sont centrées sur la mobilisation ainsi que l'attraction et la rétention des travailleurs. Les chercheurs se penchent sur les processus d'innovations sociales en milieu de travail, leur impact sur les performances économiques et sociales et les facteurs associés à leur pérennité.

### **Axe 3 : Gestion des savoirs et de la formation**

Les chercheurs de l'axe 3 se penchent sur les diverses facettes de la diversité des mains-d'œuvre en regard de leur statut d'emploi, de leurs qualités et de leurs caractéristiques socio-démographiques. Une attention particulière est accordée aux rapports de genre, à l'intégration de la main-d'œuvre immigrante et à la gestion du vieillissement en emploi. Sur le plan des innovations, il est question de la gestion démocratique et équitable de la diversité, de la reconnaissance des acquis et des compétences et des nouveaux dispositifs susceptibles d'assurer un meilleur arrimage entre employabilité et sécurisation des trajectoires professionnelles.

### **Axe 4 : Protections sociales**

Au sein de l'axe 4, les chercheurs se penchent sur les protections sociales. Ils étudient les politiques publiques relatives à la sécurisation des trajectoires professionnelles et à l'émergence de nouveaux droits sociaux, en accordant notamment une attention spéciale aux travailleurs atypiques. Ils consacrent aussi leurs travaux au système de retraite, au régime de relations de travail et à la représentation des salariés.

Paul-André Lapointe, Université Laval  
France Bernier, Centrale des syndicats du Québec  
Co-directeur et co-directrice de l'ARUC-*Innovations, travail et emploi*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>III</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>V</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2. PROFESSION INFIRMIÈRE, GÉNÉRATIONS ET IDENTITÉS COLLECTIVES : QUELQUES CONCEPTS.....</b>	<b>3</b>
2.1 Évolution de la profession infirmière.....	3
2.2 Les générations.....	3
2.3 L'identité.....	4
2.4 L'identité collective au travail.....	5
<b>3. EXERCICE DE LA PROFESSION, RELATIONS AU TRAVAIL ET SYNDICAT : L'ÉTUDE DE CAS.....</b>	<b>7</b>
3.1 La profession : constat d'une évolution .....	7
3.2 Les relations entre générations : des tensions?.....	9
3.3 Le syndicat : des formes de représentation distinctes .....	10
<b>4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>12</b>
<b>5. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>14</b>



## RÉSUMÉ

De plus en plus de défis sont relatés dans la gestion des différentes générations au travail. Chez les infirmières, la littérature met en avant les écarts intergénérationnels qui existent sur le plan quantitatif, tant sur les statuts d'emploi que sur les conditions de travail. Dans le cadre de ce travail, nous avons décidé d'étudier les différences entre la génération baby-boomer et la génération Y par le biais du concept d'identité collective. Nous avons donc mis l'accent sur les représentations subjectives que chaque génération se fait envers son travail, ses collègues, l'hôpital et les conditions de travail. Cinq éléments, présentés par Osty *et al.* (2007) permettront de saisir ces représentations subjectives : le mode de relation au travail, le rapport à l'autorité et à l'organisation, et enfin, la conception de l'organisation et du travail.

Cette étude s'est déroulée au courant de l'année 2008, dans la ville de Québec. Le Centre Hospitalier Universitaire de Québec a été choisi pour réaliser des entrevues semi-directives, auprès des infirmières. Nous avons obtenu la participation de dix infirmières, de représentants syndicaux et de gestionnaires de l'hôpital. Cela nous a permis de mettre à jour les identités collectives que l'on retrouve chez chacune des générations à l'étude.

Les résultats de l'étude mettent l'accent sur plusieurs divergences entre les deux générations, portant sur la place du travail dans la vie de l'infirmière, au rapport avec l'autorité ainsi qu'à l'importance que chaque génération accorde au savoir-faire pratique. Ces générations tendent alors vers deux identités au travail différentes : une identité de métier pour les baby-boomers et une identité professionnelle de système public pour les Y. Nous étudions les conséquences que ces changements identitaires entraînent pour les gestionnaires de l'hôpital ainsi que pour le syndicat. Pour terminer cette étude, nous mettons l'accent sur la fragmentation de la profession, l'évolution identitaire qui se profile et l'importance des supérieures immédiates pour l'exercice quotidien de la profession infirmière.



# 1. INTRODUCTION

Les conditions de travail difficiles vécues par les infirmières<sup>1</sup>, au Québec, défraient de plus en plus les chroniques médiatiques. Toutefois, ces problèmes actuels ne remontent pas aux dernières années. En effet, la profession infirmière est régulièrement sujette à diverses réformes. Ainsi, la recherche du déficit zéro dans les années 1990 a entraîné de nombreux départs en retraite anticipée, notamment chez les infirmières, avec plusieurs conséquences. D'abord, une double pénurie est apparue : qualitative, par la perte brutale de l'expertise des plus anciennes et leur remplacement par du personnel moins qualifié; quantitative, par la diminution massive du nombre d'infirmières (Bourbonnais *et al.*, 1999 : 137; Lapointe *et al.*, 2000 : 165). Les réformes ont également transformé le rôle des hôpitaux, qui deviennent désormais, avec la mise en place du virage ambulatoire, des lieux de passage de courte durée; les chirurgies d'un jour sont donc valorisées, laissant davantage la prise en charge des malades aux « aidants naturels » (Gaumer *et al.*, 2007 : 216). Plus récemment, la redéfinition des professions infirmières a permis de revoir les champs d'exercice et les activités professionnelles, laissant entrevoir une plus grande autonomie professionnelle et de nouvelles tâches (Trudeau *et al.*, 2007).

À la suite de ces évolutions, on constate une dégradation des conditions d'exercice chez les infirmières : les patients changent plus souvent et les cas sont plus lourds qu'autrefois. Les jeunes doivent faire face à une maîtrise insuffisante des connaissances qui souvent se manifeste par un retrait face au travail, voire l'abandon de la profession (Lapointe et Dallaire, 2005). Le personnel plus âgé est également touché, puisque son expertise est nécessaire, notamment sur les unités de soins plus critiques. On assiste alors à une augmentation de la charge de travail des infirmières et du nombre de cas d'épuisement professionnel (Bourbonnais *et al.*, 1999).

Si la profession se transforme, les jeunes infirmières et les plus anciennes ne semblent pas vivre les mêmes réalités de travail. On peut alors s'interroger sur les conséquences que cette différence entraîne sur deux plans : la représentation syndicale des infirmières ainsi que leur identité au travail.

En effet, la représentation syndicale des infirmières est importante, puisqu'au moment de leur embauche par l'hôpital, elles deviennent *de facto* membre du syndicat accrédité, selon les dispositions du Code du travail. Au Québec, les infirmières sont représentées majoritairement par la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). Les objectifs actuels de la FIQ pour les infirmières portent principalement sur la défense de leurs droits et l'amélioration de leurs conditions de travail. Le profil des membres évolue depuis la fusion des accréditations syndicales en 2003<sup>2</sup> (Québec, 2003). L'arrivée de nouvelles infirmières et les nombreux départs à la retraite contribuent aussi grandement à cette évolution. Cela amène le syndicat à prendre en compte de

---

<sup>1</sup> Le féminin sera utilisé tout au long de ce texte lorsque nous ferons référence aux infirmières, puisque cette profession est majoritairement constituée par des femmes. Cela permettra d'alléger la lecture du texte.

<sup>2</sup> Le syndicat des infirmières, appelée Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) a fusionné avec des syndicats d'autres corps professionnels en 2003, devenant alors FIIQ+, pour finalement prendre le nom de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ).

nouvelles revendications. Ainsi en 2003, la convention collective s'attaquait à des priorités nouvelles : l'aménagement du temps de travail, la stabilisation des postes, le maintien et le développement des compétences, l'accès plus facile à des services de garde en milieu de travail. Même si la profession conserve une moyenne d'âge élevée (en 2001, 52,8 % des infirmières avaient plus de 40 ans; Skene, 2002), la FIQ souhaite intéresser et intégrer les jeunes infirmières pour assurer la relève syndicale. Comment alors réussir à rejoindre ces différentes générations, en particulier celle des baby-boomers (BB) et celle de la génération Y (Y)?

Pour tenter de répondre à cette question, nous nous intéresserons aux représentations que chaque génération se fait de sa profession et de ses conditions de travail. L'identité collective, déterminée par l'intensité des sociabilités vécues au travail ainsi que par l'intégration au collectif (Osty *et al.*, 2007), met en avant les différences importantes entre ces générations et les attentes distinctes envers les instances représentatives, comme le syndicat. L'étude des identités collectives au travail, par l'entremise de l'assimilation des règles, le développement des sociabilités et l'appartenance à un groupe, permet d'assurer une meilleure gestion intergénérationnelle, appuyée sur une compréhension approfondie des dynamiques existantes entre diverses catégories d'âge. Il est alors possible de dégager le profil de chaque génération pour ensuite saisir ses attentes et ses préoccupations dans le cadre du travail.

Dans cet article, nous examinerons les identités collectives qui distinguent ces deux générations et leur impact sur la représentation syndicale. À partir d'une étude de cas exploratoire, nous souhaitons montrer qu'il existe des différences identitaires entre les infirmières BB et Y et qu'il en découle des conséquences pour les instances représentatives. Dans un premier temps, nous présenterons certains éléments conceptuels. Par la suite, nous décrirons brièvement la méthodologie avant d'effectuer une présentation sommaire des résultats. Nous concluons en proposant des pistes de solution pour le syndicat.

## 2. PROFESSION INFIRMIERE, GENERATIONS ET IDENTITES COLLECTIVES : QUELQUES CONCEPTS

Pour comprendre l'importance de l'identité chez les infirmières, il convient tout d'abord de revenir sur l'état de la profession. Par la suite, nous définirons la notion d'identité, pour nous attarder sur le concept d'identité collective, qui posera le cadre théorique de cette étude. Enfin, nous reviendrons sur le découpage des générations retenues.

### 2.1 ÉVOLUTION DE LA PROFESSION INFIRMIERE

Depuis les années 1990, la profession infirmière a vécu de nombreux changements, initiés par plusieurs réformes tant de la profession que du milieu de la santé<sup>3</sup>. Nous avons parlé des coupures budgétaires dans le secteur de la santé et des départs massifs qui s'en est suivi. L'adoption de la loi 90 (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé) et l'introduction du Plan thérapeutique infirmier (OIIQ, 2003) occasionnent une réorganisation de la profession et un élargissement des activités exercées. L'arrivée de nouvelles professions d'infirmières plus spécialisées, par exemple l'infirmière clinicienne, diversifie également le visage de la main-d'œuvre (Kozier *et al.*, 2005 : 15).

L'alourdissement du travail administratif depuis les années 1990 vient également modifier la tâche. Ainsi, le travail infirmier doit permettre de soigner le patient sur le plan autant médical que relationnel, distinction représentée respectivement par les termes *cure* et *care*. Le *care* se définit par la prise en charge des « aspects affectifs et expressifs de la maladie » (Dallaire et Aubin, 2008 : 14) : écouter le patient, lui faire accepter la maladie, le former sur sa maladie, etc. Le *cure* se rattache aux « activités professionnelles effectuées pour favoriser le passage de l'état de maladie à l'état de santé », soit les soins médicaux (Perreault et Saillant, 1996 : 12) : poser un soluté, donner des médicaments, etc. Cependant, les dernières transformations du système de santé ont eu tendance à atténuer l'importance du *care* au profit du *cure*. Les faibles effectifs, ajoutés à l'augmentation des cas lourds et du vieillissement de la population, imposent une cadence de travail plus élevée pour les infirmières, diminuant ainsi les contacts relationnels au profit de la pratique médicale. Les liens sont donc de plus en plus réduits avec les patients.

### 2.2 LES GENERATIONS

Selon Attias-Donfut *et al.* (1995 : 7), le concept de génération « est l'expression et l'instrument idéal de rattachement entre eux d'individus séparés par le temps et par là, de la permanence du groupe ». Il y a donc l'idée d'une constance dans le temps, et pas uniquement celle d'un

---

<sup>3</sup> Il ne nous est pas possible de présenter dans ce texte toutes les lois et commissions qui ont touché la profession infirmière. Nous ne reviendrons que sur des éléments centraux issus des diverses réformes. Il est cependant possible de retrouver la majorité de ces changements dans l'ouvrage de Kozier *et al.*, (2005).

évènement ponctuel. L'auteure complète son analyse en présentant plusieurs types de génération (2002 : 6), dont les suivantes : la génération historique, représentée par « un ensemble de personnes nées à une même période partageant des expériences, des référents et des influences sociales, puisés dans ce temps commun, qui forment leur empreinte historique et leur identité générationnelle ». Quant à la génération économique, elle correspond « aux contextes économiques et institutionnels qui marquent les parcours de la vie et produisent, tout comme l'histoire sociale, des générations différentes ».

Dans le cas de notre étude, c'est un croisement entre les notions historique et économique qui nous intéresse. En effet, le découpage des générations est lié aux contextes économique et institutionnel. Les évolutions des lois, telles que les réformes appliquées dans le domaine de la santé, mais aussi, les crises économiques traversées, ont une incidence sur l'identité d'une population. Le fait d'être né à la même époque marque les comportements. Par exemple, la cohorte d'infirmières arrivée sur le marché du travail en période de pénurie bénéficie de meilleures conditions d'embauche par rapport à celle y ayant accédé pendant une crise de l'emploi.

Des catégories fixes permettent de classer les individus en générations. Les auteurs diffèrent sur les découpages de ces classes d'âge (entre autres, Foot, 1999; Paré, 2001). Aux fins de notre étude, nous retiendrons ceux de Paré (2001), qui définit la génération BB comme étant les individus nés entre 1947 et 1964; la génération X, ceux nés entre 1965 et 1976; la génération Y, les personnes nées entre 1977 et 1997. Ce découpage présente des catégories équilibrées qui correspondent adéquatement au vécu historico-économique distinct de ces groupes d'âge, notamment dans le secteur de la santé.

### **2.3 L'IDENTITE**

La notion d'identité peut être appliquée et définie de nombreuses façons. Dans cet article, nous nous concentrerons sur les définitions sociologiques communes à Sainsaulieu, Dubar et Osty<sup>4</sup>. Pour Sainsaulieu (1985 : 333), « le concept d'identité désigne donc à la fois la permanence des moyens sociaux de la reconnaissance et la capacité pour le sujet à conférer un sens durable à son expérience ». Ainsi, l'individu se retrouve dans un cadre de relations sociales lui permettant de se développer dans la durée en tant que personne. Sainsaulieu met l'accent sur la continuité de l'identité dans le temps. Osty (2002 : 104) définit l'identité comme « une représentation subjective individuelle, c'est-à-dire [...] la manière dont l'individu se perçoit le même tout au long de son histoire, se manifestant par un "sentiment d'identité". Mais c'est aussi ce par quoi il se rend semblable à lui-même et se distingue des autres ». L'auteure montre que l'identité est une vision subjective de l'individu sur lui-même. Pour comprendre l'individu tel qu'il se ressent et se voit, il faut donc s'intéresser à son vécu, mais également aux représentations qu'il se fait de lui-même et de ceux qui l'entourent.

Ces définitions présentent l'identité selon une double dynamique : l'identité pour soi et l'identité pour autrui (Piotet *et al.*, 1994; Dubar, 2006). L'identité pour soi est « l'ensemble des

---

<sup>4</sup> En effet, nous laisserons de côté les concepts d'identité psychosociale et professionnelle, considérés comme trop restrictifs pour comprendre les représentations collectives d'une catégorie de travailleurs.

représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre les expériences présentes et celles du passé » (Piotet *et al.*, 1994 : 202). Cela signifie dans le cadre de l'identité collective, qu'il ne faut pas négliger l'aspect individuel de chaque personne. L'identité pour autrui quant à elle se base sur les « représentations des autres pour soi » et donc de « la découverte que l'on est proche de certains et différents des autres » (Piotet *et al.*, 1994 : 202); c'est-à-dire que les individus s'identifient grâce à ce qui les différencie d'autrui, tout en tentant d'établir ce qui les rapproche entre eux. C'est ce qui permet aux individus de se considérer comme un collectif distinct.

L'identité se construit entre ces deux dynamiques, l'une plus personnelle, l'autre plus collective. L'identité pour soi est donc différente de l'identité pour autrui, et pourtant, l'individu ne saurait comprendre son identité *pour soi* sans prendre en compte son identité *pour autrui*. À l'inverse, l'identité pour autrui ne permet pas de comprendre le sens des actes des individus; seul le discours biographique peut apporter cette information. On voit donc que ces deux identités ne peuvent pas évoluer séparément et qu'il est important de saisir cette dynamique pour comprendre les identités sous une forme collective. Le concept d'identité collective au travail permet alors de comprendre comment les individus se représentent leur environnement, selon leurs caractéristiques personnelles et les représentations qu'ils se font de ce qui les entoure.

## **2.4 L'IDENTITE COLLECTIVE AU TRAVAIL**

Pour Osty *et al.* (2007 : 99), les identités au travail se définissent par deux variables : l'intégration des individus à des groupes sociaux et le degré de sociabilité vécue dans le collectif (figure 1, page suivante). D'un côté, le niveau de sociabilité de l'individu, représenté par l'intensité des rapports collectifs, constitue une variable essentielle. Ce sont les échanges entre les travailleurs qui contribuent à susciter un sentiment d'appartenance ou un détachement par rapport à l'équipe de travail. De l'autre côté, il faut prendre en compte la façon dont les individus s'intègrent au collectif (Osty *et al.*, 2007 : 98), allant de l'intégration stricte par les règles, à celle par les interactions au travail. Ainsi, par la règle, c'est le statut formel qui a son importance avant tout, l'implication dans le travail étant plus faible chez les individus. À l'autre extrémité, ce sont les interactions au travail qui permettent de s'intégrer, la conversation par exemple étant de nature à accroître l'implication des individus (Osty *et al.*, 2007 : 99).

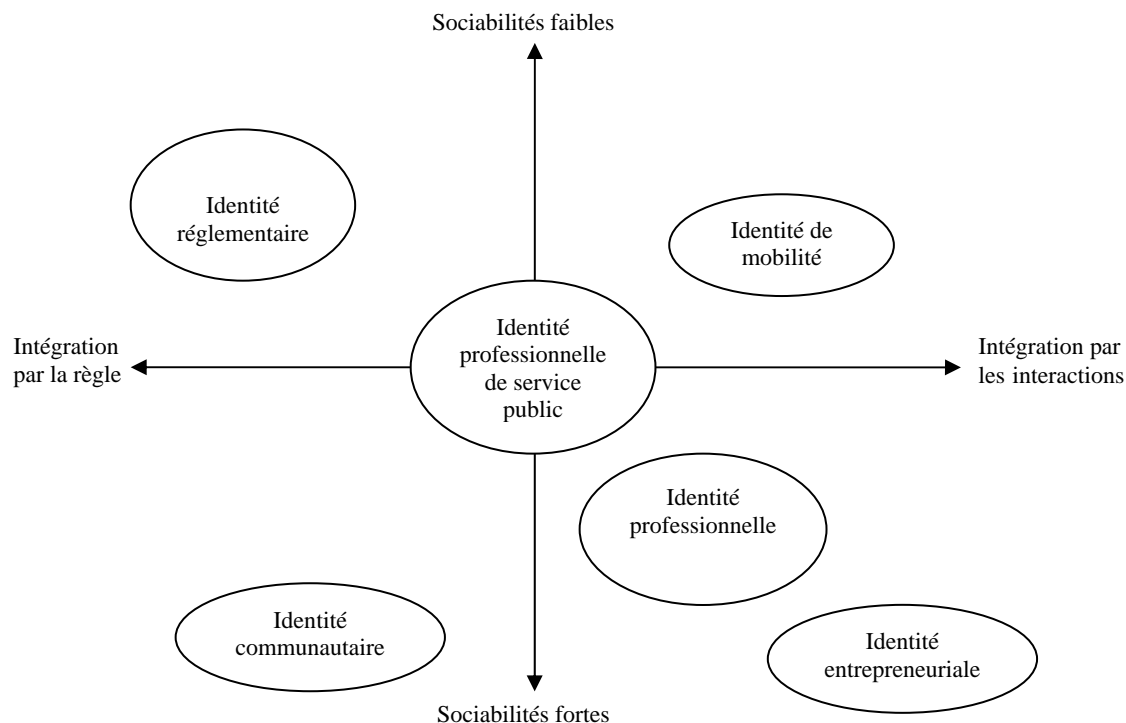
Ainsi, Sainsaulieu a développé une grille d'analyse factorielle des identités collectives au travail (Osty *et al.*, 2007 : 98). À l'aide de cinq composantes, les auteurs ont prédéfini des comportements types<sup>5</sup>. Revenons sur ces cinq composantes du modèle pour comprendre leur signification. Le mode de relation au travail(1) permet de situer le travailleur dans ses rapports avec ses collègues de travail. Ensuite, le rapport à l'autorité(2) permet de comprendre la vision de l'autorité et sa légitimité. Puis, la conception du travail(3) apporte des précisions concernant l'image que l'on a de sa profession. La conception de l'organisation(4) donne des indications sur la manière dont l'employé perçoit son organisation. Pour terminer, il est important de voir aussi l'implication au travail(5), permettant de comprendre le niveau d'attachement au travail. Ces cinq

---

<sup>5</sup> Nous tenons à préciser que ce modèle nous est apparu parfois trop exclusif quant aux comportements types, comme le degré d'implication dans le travail. Nous avons adapté certains éléments à la réalité actuelle des infirmières.

composantes nous permettent de classer les individus dans six identités prédéfinies par Sainsaulieu à la suite de deux études (voir figure 1).

**Figure 1 : Les identités collectives au travail**



Source : Osty *et al.* (2007)

Nous pouvons voir dans le tableau 1 les différentes caractéristiques de chacune de ces identités; cela nous servira par la suite à établir une classification des identités chez les deux groupes d’infirmières rencontrées.

**Tableau 1 : Les identités collectives au travail**

Identité	Réglementaire	Communautaire	Professionnelle de service public	Professionnelle	Mobilité	Entrepreneuriale
<b>Variables</b>						
Mode de relation au travail	Retrait Faibles rapports	Solidarité Fusion Affectif	Relations de proximité Négociation	Relations affectives et cognitives	Sélection des relations	Sociabilités intenses
Rapport à l'autorité	Gardien des règles Distance	Participation Leader	Soutien Leadership Médiation Echange	Proximité Echange Leader	Respect des règles internes	Coopération Expertise
Conception du travail	Statut Salaire	Statut Salaire Communauté	Perfectionnement individuel Progression	Travail bien fait Transmission du savoir	Ascension sociale Statut	Progression personnelle Perfectionnement
Conception de l'organisation	Garant de l'emploi	Esprit maison	Gestion statutaire Lieu d'expérience	Formation Rentabilité	Expérience	Expansion
Implication au travail	Faible	Forte ou Faible	Moyenne ou Forte	Forte	Forte	Forte

Source : adapté de Osty *et al.* (2007)

### **3. EXERCICE DE LA PROFESSION, RELATIONS AU TRAVAIL ET SYNDICAT : L'ETUDE DE CAS**

Notre étude de cas a été réalisée au sein d'un hôpital de la région de Québec, entre les mois de mars et août 2008. Nous avons recouru principalement aux entretiens semi-directifs. Cette méthode permet de laisser plus de liberté à l'interviewée pour décrire sa vision de la situation. C'est d'ailleurs à la subjectivité de sa représentation que nous nous sommes intéressés. Nous avons interviewé quatre infirmières de la génération BB et quatre infirmières de la génération Y, issues de diverses unités. Pour assurer au mieux la représentativité, nous avons concentré notre étude sur ces deux groupes d'âge distincts. Ces entrevues constituent la matière principale de notre enquête. Pour compléter les propos et obtenir un avis externe sur les rapports entre ces deux générations, nous avons également interviewé deux infirmières de la génération X, ainsi qu'un membre du syndicat et un de la direction de l'hôpital. Nous reconnaissons deux limites à cette étude. Premièrement, nous n'avons pu atteindre qu'un nombre restreint d'infirmières. Cependant, nous avons recouru à des sources complémentaires de renseignements, pour assurer au mieux l'exactitude des données. Deuxièmement, l'étude, réalisée dans le cadre du projet, a porté sur un seul centre hospitalier.

Notre questionnaire contenait quatre parties : choix de la profession et son exercice au quotidien; travail et relations d'équipe; relations intergénérationnelles et relations avec le syndicat; enfin, vision de l'évolution de la profession. Nous allons présenter trois thèmes examinés lors de notre enquête : l'évolution de la profession infirmière, les relations entre les deux générations à l'étude et les rapports que celles-ci entretiennent avec le syndicat.

#### **3.1 LA PROFESSION : CONSTAT D'UNE EVOLUTION**

La profession infirmière a évolué, les tâches ayant manifestement été remaniées et transformées. Les participantes de toutes les générations relatent que leur formation de départ les incitait à soulager le patient, en alliant le *care* et le *cure*. Dans la réalité, pourtant, les infirmières pointent le manque de temps comme principal obstacle pour réaliser les soins, remplir les formalités administratives et prendre également du temps pour écouter les patients. De plus, les évolutions du système de santé amènent la prise en charge de cas beaucoup plus lourds et plus exigeants. Les témoignages montrent une surcharge de travail sur certaines unités et les infirmières ressentent une intensification du travail quotidien. Cela est encore plus visible chez les infirmières BB, qui comparent leurs conditions du début de leur pratique avec celles d'aujourd'hui.

« On a été formées, nous infirmières, pour écouter nos patients, puis soulager leur souffrance physique et morale. Imaginez, là, on court comme des dingues. Des fois, ce sont les gens qui font le ménage qui ont plus le temps de les écouter. » (01-BB)

« Parce qu'il y a beaucoup de tâches qu'on fait qui ne nécessitent pas des capacités en soins infirmiers. Puis si on ne le faisait pas, on aurait plus de temps pour faire ce que l'on a à faire. » (01-Y)

L'évolution du système de santé a entraîné une augmentation de la charge de travail chez nos interviewées. Leur identité en est alors affectée directement. En effet, le *care* et le *cure* faisaient tous deux parties intégrantes de la pratique et de la formation. Maintenant, on s'aperçoit qu'il est difficile pour les infirmières de concilier les deux dimensions, le *care* cédant le pas au *cure*. Cela transforme principalement l'implication dans le travail, surtout chez les Y, qui en semblent plus détachées que leurs consœurs de la génération BB. Cela crée également une déception par rapport aux conditions d'exercice à l'hôpital. L'organisation devient alors un lieu de développement du savoir et de prise d'expérience chez les jeunes rencontrées; quant aux BB, elles semblent désormais voir l'hôpital comme une organisation axée avant tout sur la rentabilité.

Ensuite, l'équipe paraît très importante dans la pratique en milieu hospitalier. Les infirmières en sont les principaux membres; s'y ajoutent les préposés et les commis. On ne retrouve pas le médecin dans l'équipe de base, ni même les supérieures. Celle-ci fonctionne principalement selon un système de jumelage, souvent entre une jeune infirmière et une infirmière plus expérimentée, souvent BB. Cela permet de former les jeunes et de leur donner les possibilités d'apprendre des plus expertes.

« Donc tous les matins, à 9 h 10, les équipes – c'est toujours deux infirmières, une préposée –, on se rencontre. On fait une petite réunion d'équipe, 5-10 minutes, pour se dire les choses importantes. [S]i j'ai besoin d'aide, l'autre infirmière peut m'aider. » (01-Y)

En ce concerne les rapports avec la hiérarchie, deux membres se trouvent directement concernés : l'assistante infirmière chef et la chef d'unité. L'assistante est directement sur le plancher, et peut prendre en charge des patients. La chef d'unité gère avant tout les équipes de son unité et le matériel. Occupant donc une fonction de cadre, elle dispose d'un statut distinct des infirmières et n'est donc pas syndiquée. Ces deux personnes sont cependant vues comme des ressources possédant de fortes connaissances théoriques, surtout par les plus jeunes. Il semble que la personnalité des supérieures joue beaucoup quant à la crédibilité que les infirmières leur accordent. Si ces dernières ressentent des injustices, il sera plus difficile à la chef d'unité de faire accepter certaines décisions plus délicates.

« Très utile, puis nécessaire, il faut un leader dans l'équipe, ça c'est certain. Puis souvent, ce sont des filles qui ont de l'expérience, donc c'est des références. J'essaie le plus possible d'entretenir une bonne relation [avec les supérieures]. » (02-Y)

Les supérieures sont considérées par les jeunes comme des piliers pour l'équipe. Les infirmières BB que nous avons interviewées étaient souvent amenées à remplacer l'assistante infirmière chef. De ce fait, leurs échanges avec ces supérieures sont plus souvent de nature informelle, puisqu'elles s'en sentent proches. Néanmoins, les Y ont un rapport davantage hiérarchisé, les considérant comme des leaders, des supérieures et des références. Elles affichent donc un rapport à l'autorité différent des BB.

### **3.2 LES RELATIONS ENTRE GENERATIONS : DES TENSIONS?**

Dans la plupart des unités étudiées, il ressort que les relations quotidiennes entre infirmières BB et Y sont parfois tendues. Nous avons constaté que cela est fortement ressenti dans les unités où il manque du personnel et où la mobilité est importante. En effet, les plus anciennes forment des jeunes, qui sont beaucoup plus mobiles entre les unités. Cela crée une lassitude chez les infirmières BB, qui ont l'impression de devoir transmettre leur savoir-faire continuellement. Leur charge de travail s'alourdit également, puisqu'elles doivent consacrer du temps à former les plus jeunes, en plus de soigner leurs patients. Le recours aux heures supplémentaires obligatoires provoque également des frictions; les infirmières BB considérant qu'elles ont « déjà donné » et les infirmières Y répondant que ce n'est pas à elles de subir les problèmes du système, qu'elles « ont une vie ».

« Des fois, le fait qu'elles [les Y] soient moins stables, ça frustre dans le sens où on investit de l'énergie avec elles, on veut donner notre savoir, on veut les aider, on veut qu'elles soient performantes le plus rapidement possible. Puis elles nous quittent. Ça c'est assez frustrant. » (03-BB)

« Des fois, je me fais répondre [par les BB] " ah moi, j'en ai tellement fait des supplémentaires quand j'étais jeune. Prenez la relève". Ben oui, mais faut avoir une vie aussi ! J'aimerais ça aussi un équilibre entre les deux. » (03-Y)

En plus de former les jeunes, de gérer leurs propres patients, les infirmières expérimentées BB se retrouvent à devoir assumer les cas plus lourds et à régler les difficultés des plus jeunes dans la pratique. Ainsi, une frustration s'installe, puisqu'en plus de devoir investir du temps, elles ont l'impression de ne pas être écoutées, les jeunes n'appliquant pas toujours les techniques montrées.

Cela manifeste l'importance que les infirmières BB accordent au savoir issu de la pratique et à la maîtrise du geste dans leur conception du travail. Il faut noter que le transfert de connaissances est important pour les BB. En ce qui concerne les infirmières Y, une différence majeure ressort. En effet, la place de la théorie est plus importante dans la pratique des plus jeunes infirmières rencontrées. Elles mettent en avant l'importance du savoir appris durant leurs études et souhaitent que cela soit reconnu par leurs consœurs plus âgées. Il faut préciser que les infirmières Y que nous avons rencontrées étaient toutes détentrices d'un baccalauréat.

« Côté théorique, elles sont fortes ces jeunes-là. Puis elles nous demandent de se mettre à jour. Elles nous imposent ça un peu. Mais c'est sûr que, comme on dit, sur le plancher des vaches, c'est bon la théorie, mais il y a l'expérience qui est importante aussi. » (3-BB)

« Si tu leur amènes les preuves là – il faut un minimum de preuve quand même que t'as appris ça toi-même, que t'as appris ça toi dans tes cours - ben ça passe. C'est certain que chacun a sa façon de travailler. Puis il y a des filles qui sont plus raides, plus carrées "j'ai toujours fait ça comme ça, je vois pas pourquoi je changerais". » (2-Y)

Cela entraîne des frictions et une division dans la pratique entre les infirmières BB et les infirmières Y. L'une se réfère à ses acquis théoriques, l'autre à son expertise terrain. De plus, les infirmières Y que l'on peut qualifier d'« anciennes », soit celles ayant plus de 5 ans d'ancienneté,

relatent elles-mêmes que les très jeunes semblent accorder une trop grande confiance à leur formation. Ainsi, si les BB s'inscrivent dans des relations de travail affectives et également cognitives, les Y cherchent beaucoup plus la négociation dans leurs relations avec leurs collègues.

### **3.3 LE SYNDICAT : DES FORMES DE REPRESENTATION DISTINCTES**

Les infirmières rencontrées sont membres de la FIQ. Cependant, on remarque qu'elles ne participent pas pour autant aux assemblées syndicales. Chez les infirmières BB, nous avons relevé peu de participation et dégagé une critique sur l'application du principe de l'ancienneté. Elles considèrent que l'application normale de ce principe devrait permettre d'améliorer leurs conditions d'emploi, par un horaire à temps plein, de jour, le choix prioritaire des vacances, etc., alors que cela ne s'applique pas. Plus encore, elles considèrent que les jeunes sont privilégiées, puisque les hôpitaux sont dans un processus de rétention et d'attraction de la main-d'œuvre, en raison de la pénurie.

« On voit pas beaucoup d'avancement, dans le sens qu'on travaille une fin de semaine sur deux, on travaille les congés fériés, on travaille soit à Noël, soit au jour de l'An. Et ça, peu importe le nombre d'années d'ancienneté. Que l'on travaille depuis 3 ans, depuis 5 ans, depuis 25 ans, on a les mêmes restrictions. Donc on peut pas espérer à un moment donné, faire une fin de semaine sur trois. [...] C'est très difficile à accepter après autant d'années de service. » (02-BB)

À l'inverse, chez les Y que nous avons rencontrées, trois avaient déjà été « pivot » pour le syndicat sur leur unité. Cela montre donc un investissement chez les plus jeunes rencontrées. Ce constat n'est cependant pas généralisable, puisque les personnes qui acceptent de collaborer à une recherche sont souvent déjà impliquées sur le plan social. Cette participation au syndicat est vue comme une façon d'en savoir un peu plus sur leurs droits ainsi que sur les possibilités d'action pour faire bouger la pratique. Il ressort cependant chez ces trois jeunes infirmières un décalage entre les objectifs du syndicat et leurs attentes, principalement sur l'information transmise touchant surtout la retraite, ainsi que certains points de négociation.

« Sur chaque département, il doit y avoir une infirmière [appelée "pivot"] qui informe les autres de ce qui arrive avec le syndicat. J'étais responsable de ça il y a deux ans. Mais c'était toujours des informations assez abstraites et pas toujours très pertinentes et rarement adressées à la génération Y, souvent par rapport à la retraite. » (01-Y)

Ce qui a également retenu notre attention chez les infirmières ayant joué le rôle de pivot, c'est que l'une d'entre elles nous a avoué ne pas avoir une grande connaissance du syndicat. Cela montre une certaine difficulté à transmettre les décisions et positions du syndicat auprès des unités.

Plusieurs répondantes, tant Y que BB, mettent en avant que leur syndicat ne les défend pas sur les thèmes qu'elles souhaitent voir mis en priorité, par exemple, les heures supplémentaires obligatoires ou la charge de travail. Par ailleurs, les infirmières de nuit soulignent une difficulté

d'accès aux personnes-ressources du syndicat. Lorsqu'elles souhaitent faire appel au syndicat, elles doivent soit rentrer plus tôt, soit finir plus tard pour accéder à une personne-ressource.

Toutes les infirmières que nous avons interrogées ont déjà fait appel au syndicat, ses services étant jugés favorablement dans la majorité des cas. Trois nous ont parlé du fardeau de tâche. Cette démarche consiste à faire remplir par toutes les infirmières d'un quart de travail, une grille de leur emploi du temps, pour attester une situation de surcharge de travail. Cela permet de démontrer que les conditions d'exercice, telles que définies dans la convention collective, ne sont pas applicables. Cependant, cette démarche, souvent longue et fastidieuse, requiert la participation de tout le quart de travail; sa mise en œuvre même entraîne des frustrations.

À la suite de cette analyse, nous pouvons assigner aux générations BB et Y des identités distinctes. Les infirmières Y tendent vers une identité professionnelle de service public, caractérisée par une implication plus faible dans les relations interpersonnelles au travail et une vision des rapports d'autorité plus hiérarchique. La fidélité envers l'employeur n'est pas aussi importante que pour les BB, puisque les possibilités d'obtention d'un poste se multiplient; l'hôpital est alors perçu comme un lieu de prise d'expérience. Le travail est vu comme une façon de se perfectionner tout en tentant de développer la pratique. Les jeunes infirmières sont alors intéressées à intégrer des associations ou des projets visant à améliorer ou faire évoluer la profession. Les participantes rencontrées sont également plus militantes que ce à quoi nous aurions pu nous attendre.

Quant aux infirmières BB, elles tendent vers une identité de métier, appelée aussi identité professionnelle, puisqu'elles accordent beaucoup d'importance au travail bien fait, ainsi qu'au savoir-faire qu'elles développent et transmettent. Elles ont montré une implication plus importante tant dans le travail que dans les relations amicales au travail; par contre, ces dernières relations sont principalement vécues avec les personnes dont elles se sentent le plus proche, soit celles de leur propre génération. Elles sont aussi plus détachées de l'organisation syndicale, comparativement à la génération Y. Nous relierons cela principalement à la lassitude dont les répondantes ont témoigné devant la stagnation de leurs conditions de travail. Ces disparités donnent lieu à deux profils bien différents.

## 4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude de cas nous a permis de repérer deux profils identitaires chez les infirmières rencontrées : une identité professionnelle de service public chez les Y et une identité de métier (ou professionnelle) chez les BB. Ainsi, la place et la conception du travail, les relations dans les équipes diffèrent entre ces deux générations. Cela entraîne de nouveaux défis pour le syndicat représentant les infirmières de ce centre hospitalier.

Selon nous, le principal défi porte sur la représentativité des membres. Nous avons montré les différences qui ressortent entre les infirmières des deux générations étudiées. La population infirmière se diversifiant, le syndicat est appelé à représenter des préoccupations et des intérêts différents. Ainsi, les jeunes souhaitent développer leurs connaissances; les infirmières BB souhaitent former la relève et alléger leurs tâches. Leur représentation constitue pour le syndicat un enjeu de taille, suggérant une approche plus segmentée que globale. Soulignons que de jeunes infirmières ont témoigné se sentir peu concernées par les activités de leur syndicat. Certaines infirmières font régulièrement des heures supplémentaires obligatoires, alors que d'autres en feront très peu sur une année, ce qui est perçu par les premières comme une injustice. De plus, la fragmentation de la profession avec l'arrivée de nouvelles spécialités et la disparité des conditions de pratique entre unités tendent à éroder la solidarité entre les infirmières et à compliquer le travail de représentation du syndicat.

Le deuxième défi est l'intégration des infirmières, tant dans les équipes que dans le syndicat. Les infirmières Y sont plus mobiles que les générations précédentes. Certaines abandonnent la profession dès les premières années d'exercice. Il importe donc de développer des lieux de complicité dès l'entrée des recrues. Cela pourra prendre la forme d'activités d'accueil au sein du syndicat, ou encore par un jumelage plus stable dans les équipes. Un premier pas a déjà été fait avec la création du Comité Jeunes au sein de la FIQ. Cela apportera un meilleur soutien aux infirmières et pourrait accroître le sentiment de reconnaissance. Les tensions entre les infirmières que nous avons pu observer ne favorisent pas l'intégration hors de la pratique. Nous pensons également que des formations sur la diversité générationnelle, dégageant les forces de chaque génération et présentant leurs attentes respectives, seraient un atout pour améliorer les relations intergénérationnelles.

Le dernier défi concerne le fonctionnement du syndicat. Les infirmières ont relaté des lenteurs dans certaines pratiques et revendications, ce qui en décourage certaines et contribue parfois à former une image négative du syndicat. Le respect du principe de l'ancienneté est questionné par les infirmières BB, surtout celles œuvrant dans les unités plus spécialisées, où leur présence est nécessaire au maintien de l'activité. La prise en compte de la sphère privée est également recherchée chez les Y. De plus, la présence du syndicat sur les unités à tous les quarts de travail permettrait d'améliorer la représentation et la satisfaction des membres. Nous pensons que le rôle bénévole de pivot syndical devrait être mieux encadré, de manière à donner une information plus ciblée et à améliorer la qualité des interactions avec les infirmières. Ce poste est un atout pour le syndicat, puisqu'il peut favoriser une meilleure représentativité sur tous les quarts de travail.

Somme toute, nous constatons qu'entre les deux générations à l'étude, les identités se démarquent, ce qui crée dans la pratique un éloignement entre celles-ci. Des difficultés relationnelles, touchant parfois l'accomplissement du travail, sont relatées par les infirmières interviewées. La vision et la place du travail constituent les principaux points de clivage entre ces générations. Il en ressort alors des défis importants pour le syndicat, représentant une même profession de plus en plus disparate. Celui-ci doit également favoriser l'intégration, surtout chez les jeunes infirmières, et ajuster son fonctionnement aux réalités de pratique des différentes unités.

Sur la base d'une étude sur les identités collectives, il a été possible de saisir les représentations que chaque infirmière se fait de sa réalité au travail et d'expliquer les différences générationnelles relevées dans l'exercice de la profession. La profession ne prédéfinit pas une seule façon de se comporter au travail, bien au contraire. Au-delà de la disparité des âges, on assiste à une diversification de la main-d'œuvre, notamment par l'ajout de spécialités à la profession infirmière. Le syndicat va devoir composer avec de nouveaux éléments, une population plus éclatée aux besoins plus segmentés. Ce sont donc de nouveaux défis qui l'attendent dans la représentation de ses membres.

## 5. BIBLIOGRAPHIE

Attias-Donfut, Claudine et A. Rozenkier (1995), *Les solidarités entre les générations : vieillesse, familles, État*, Paris, Nathan.

Attias-Donfut, Claudine (2002), « Conflits de générations », dans C. Attias-Donfut, *Conflits de générations. Retraite et Société*, 2002, n° 35, p. 4-15.

Bourbonnais, Renée, M. Comeau, C. Viens, C. Brisson, D. Laliberté, R. Malenfant et M. Vézina (1999), « La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé », *Santé mentale au Québec*, vol. 24, n° 1, p. 136-151.

Dallaire, Clémence, et K. Aubin (2008), « Les soins infirmiers, les sciences infirmières ou la science infirmière », dans C. Dallaire, *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*, Québec, éditions de la Chenelière, p. 3-21.

Dubar, Claude (2006), *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, A. Colin.

Foot, David K. (1999), *Entre le boom et l'écho : comment mettre à profit la réalité démographique*, Montréal, Boréal.

Gaumer, Benoît et M.-J. Fleury (2007), *La gouvernance du système sociosanitaire du Québec*, dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, L. Bordeleau, *Le système sociosanitaire au Québec*, Québec, Gaëtan Morin.

Kozier, Barbara B., G. Erb, A. Berman, S. Snyder (2005), *Soins infirmiers : théorie et pratique*, Tome 1, Québec, Éditions du Renouveau Pédagogique.

Lapointe, Paul-André, M. Chayer, F.-B. Malo et L. Rivard (2000), « La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, n° 2, p. 164-180.

Lapointe, Paul-André, et C. Dallaire (2005), *Pénurie qualitative d'infirmières dans les unités de soins critiques hôpital de l'Enfant-Jésus, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Rapport synthèse*, avril.

OIIQ (2003), *Notre profession prend une nouvelle dimension : des pistes pour mieux comprendre la Loi sur les Infirmières et les Infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique*, Publication de l'OIIQ.

Osty (2002), *Le désir de métier : engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Osty, Florence, R. Sainsaulieu et M. Uhalde (2007), *Les mondes sociaux de l'entreprise : penser le développement des organisations*, Paris, La découverte.

Paré, Guy (2001), *Génération Internet : La prochaine grande génération*, Cirano, Montréal, HEC, 49.

Perreault, Michel et Francine Saillant (1996), « Sciences infirmières et sciences sociales : dialogue et fécondation mutuelle », *Sciences sociale et Santé*, vol. 14, n<sup>o</sup> 3, p. 7-16.

Piotet Françoise et Renaud Sainsaulieu 1994, *Méthode pour une sociologie de l'entreprise*, Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques.

Québec, gouvernement du (2003), « Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic », *Document de l'Assemblée Nationale : projet de loi 30*, Éditeur officiel du Québec.

Sainsaulieu, Renaud (1985), *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, Paris, Presse de la Fondation nationale des sciences politiques.

Skene, Jennie (2002), « L'action syndicale et la gestion des âges chez les infirmières », dans F. Lamonde, M. Audet, M. Bernard, R. Laflamme, A. Larocque, *La gestion des âges : face à un nouveau profil de main d'œuvre*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 143-156.

Trudeau, Jean-Bernard, S. de Grandmont, L. Lafrance et L. Poitras, « La loi 90 : la force de l'interdisciplinarité. Des connaissances et des compétences à partager », dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, L. Bordeleau, *Le système sociosanitaire au Québec*, Québec, Gaëtan Morin.



