

Université de Montréal

La signification expérientielle et les facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des
cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissements de santé

par Sylvain Brousseau

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade *Philosophiae Doctor*
en sciences infirmières
option administration des services infirmiers

Août 2015

© Sylvain Brousseau, 2015

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :
La signification expérientielle et les facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des
cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissements de santé

présentée par :
Sylvain Brousseau

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Carl-Ardy Dubois, président-rapporteur

Chantal Cara, directeur de recherche

Régis Blais, co-directeur

Mélanie Lavoie-Tremblay, membre du jury

Manon Lemonde, examinateur externe

Carl-Ardy Dubois, représentant du doyen de la FESP

RÉSUMÉ

Au cours des trois dernières décennies, le travail quotidien des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau (CGIPN) a subi de profondes transformations quant aux rôles qu'ils occupent et aux responsabilités qui leur incombent dans les divers établissements de santé. Ces CGIPN vivent et subissent de la pression au regard de leur charge de travail, faisant en sorte qu'ils perçoivent avoir peu de temps pour réaliser adéquatement leur travail en gestion, et que plusieurs infirmières de la relève qui souhaitent faire carrière en gestion se questionnent sur la possibilité d'œuvrer dans ce domaine de la pratique. Peu d'études portent sur l'état de la qualité de vie au travail (QVT) chez ces professionnels. Divisé en trois volets, le projet de recherche mixte séquentielle exploratoire a pour objectif général d'explorer la QVT chez les CGIPN et les facteurs qui l'influencent dans les divers établissements de santé québécois. Les objectifs spécifiques visent à : 1) décrire et comprendre ce que signifie la QVT auprès des 14 CGIPN œuvrant en Centre hospitalier affilié (CHA) à l'Université, 2) décrire et comprendre ce que signifie l'absence d'une QVT auprès des CGIPN en CHA, 3) développer et valider un nouvel instrument de mesure des facteurs favorables et défavorables pouvant influencer sur la QVT à partir des données qualitatives auprès de CGIPN (n= 11) œuvrant en Centre de santé et des services sociaux et de CGIPN (n= 11) en Centre hospitalier universitaire, 4) identifier et mesurer les facteurs qui influencent la QVT des CGIPN (n= 291) travaillant dans divers établissements publics de santé et 5) déterminer si les caractéristiques sociodémographiques influencent le choix des facteurs de la QVT. Inspiré de la philosophie du *Human caring* de Watson comme perspective disciplinaire, le premier volet qualitatif fait appel à une méthode phénoménologique descriptive husserlienne. Pour ce faire, deux séries d'entrevues semi-dirigées à l'aide d'un guide d'entrevue visent à répondre aux deux premiers objectifs. Le second volet cible l'élaboration et la validation d'un instrument de mesure permettant de répondre au troisième objectif de la recherche et le dernier volet, de type quantitatif corrélationnel, s'applique à répondre aux deux derniers objectifs. Dans la première phase, l'analyse visuelle des données qualitatives (*verbatim*) permet l'émergence des résultats qualitatifs, soit de cinq eidos-thèmes favorables exprimés par les participants et décrits par ordre d'importance : 1) l'actualisation du leadership et des habiletés politiques pour

l'amélioration de la qualité des soins infirmiers, 2) les éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle, 3) le soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel, 4) l'organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins infirmiers et 5) l'accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers. L'essence de la QVT pour les CGIPN se définit par **l'émancipation socioprofessionnelle du cadre gestionnaire infirmier de premier niveau dans sa pratique clinico-administrative au sein d'une organisation humaniste**. De plus, trois eidos-thèmes défavorables se dégagent des analyses qualitatives. Les résultats, décrits par ordre d'importance, sont : 1) la déshumanisation organisationnelle, 2) les conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers et 3) l'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices. L'essence de l'absence d'une QVT pour les CGIPN se présente comme **la dysharmonie au travail du cadre gestionnaire infirmier de premier niveau à l'intérieur d'une structure organisationnelle déshumanisante mettant en péril sa pratique clinico-administrative**. Par la suite, une mise en relation des deux essences du phénomène a permis de faire émerger la signification universelle de l'expérience de la QVT et l'absence de celle-ci pour des CGIPN œuvrant en CHA comme étant : une dialectique en administration des services infirmiers dans laquelle se vit des pratiques humanisantes permettant l'atteinte d'un idéal de QVT, en coexistence avec des pratiques déshumanisantes conduisant à l'absence de QVT. Afin de respecter les postulats des méthodes quantitatives, les huit eidos-thèmes qui émergent de la première phase qualitative se transforment en facteurs favorables (FF) et défavorables (FD) à la QVT pour la réalisation des deuxième et troisième phases de la recherche. Dans la seconde phase, le construit théorique qui provient des huit eidos-thèmes et 23 thèmes permet de développer un nouvel instrument de mesure qui s'avère unique à cette population à l'étude. L'analyse psychométrique de l'instrument de mesure (questionnaire auto-administré en mode électronique) permet l'obtention d'un score global du coefficient alpha de Cronbach (α) de 0,93, ce qui est jugé excellent. Dans la troisième et dernière phase, les analyses statistiques des données (logiciel SPSS, version 22 pour Windows 7, 2013) issues de l'enquête quantitative provinciale en ligne (Web) mettent en évidence des résultats probants. Les résultats du questionnaire en ligne avec une échelle ordinale à cinq niveaux révèlent un score global du coefficient alpha de Cronbach à 0,95. De plus, les résultats quantitatifs suggèrent que les

facteurs favorables (FF) à la QVT ont des scores moyens de 3,99 (FF1), 3,97 (FF2), 3,96 (FF3), 3,72 (FF4) et 3,53 (FF5) et les trois facteurs défavorables (FD) à la QVT ont des scores moyens de 3,91(FD1), 3,78 (FD2) et 3,56 (FD3). Ces facteurs correspondent aux eidos-thèmes favorables et défavorables de la QVT du volet qualitatif phénoménologique. Les résultats quantitatifs révèlent quelques relations significatives des caractéristiques sociodémographiques (âge et années d'expérience) sur le choix des facteurs qui influencent le plus fortement la QVT. En conclusion, le fait de pouvoir mieux décrire et comprendre la signification de la QVT ainsi que son absence et de pouvoir identifier les facteurs qui sont les plus susceptibles de l'influencer permet de formuler des recommandations pour les quatre domaines de la pratique infirmière. Des pistes d'avenues sont formulées pour maintenir la relève infirmière à des postes de CGIPN au sein des organisations de santé en lui assurant des moyens pour optimiser humainement sa QVT.

Mots-clés : cadre gestionnaire infirmier de premier niveau, devis mixte séquentiel exploratoire, humanisation organisationnelle, méthode qualitative d'Investigation relationnelle *caring*, méthode quantitative corrélationnelle, philosophie humaniste du *caring* de Watson, qualité de vie au travail.

ABSTRACT

For the past three decades, first-line nurse managers' daily work has undergone profound changes with respect to the roles they play and their compulsory responsibilities in various health care facilities. First-line nurse managers (FLNMs) are under pressure in regard to their workload; they find that they have little time to suitably accomplish their management work. Few studies address the quality of work life (QWL) of these health care professionals. The sequential and exploratory mixed methods research project is divided into three phases, and explores the QWL of FLNMs, as well as factors that influence FLNMs in various health care facilities in Quebec. Specific goals will : 1) describe and understand the meaning of QWL according to 14 FLNMs working in the university-affiliated hospital (CHA), 2) describe and understand the meaning of a lack of QWL among FLNMs in the CHA, 3) develop and validate a new measuring instrument of favourable and unfavourable factors that impact QWL of FLNMs' within their health and social services network and university health centre (n= 11), 4) identify and measure factors influencing FLNMs' QWL (n= 291), and 5) determine socio-demographic characteristics that may influence the choice of factors that affect QWL. Inspired from Watson's Human caring philosophy as a disciplinary perspective, the first qualitative section uses a Husserlian descriptive phenomenological method. Two series of semi-structured interviews, using an interview guide, met the first two goals. The second section targets the development and validation of a measuring instrument that will allow us to meet the research goal. The last section refers to the correlational quantitative method, and it meets the last two goals. In phase one, a visual analysis of the qualitative data (*verbatim*) yields qualitative results that include five favourable eidos-themes expressed by participants, and are described in order of importance, namely : 1) an update to leadership and policy-making skills to improve health care quality, 2) contextual factors that promote organizational humanization, 3) organizational support to foster personal and socio-professional satisfaction, 4) a learning organization committed to skills development in health care management, and 5) personalized training to meet the specific needs of health care management beginners. The essence of FLNMs' QWL is defined as **the first-line nurse manager's socio-professional emancipation in his or her clinical-administrative practices within a humanist**

organization. Three unfavourable eidos-themes emerge from the qualitative analyses. Here are the described results in order of importance: 1) organizational dehumanization, 2) unfavourable conditions in nursing management, and 3) insufficient support for beginner health care managers. **The lack of QWL for FLNMs is described as disharmony in the first-line nurse manager's workplace within a dehumanized organizational structure that jeopardizes his or her clinical and administrative practices.** Consequently, comparing these two fundamental aspects of the phenomenon revealed the universal meaning of QWL, and its absence among F-LNMs working in university-affiliated hospitals, as being a **dialectic in nursing administration in which humanist practices that allow attainment of a QWL ideal coexist with dehumanizing practices that work against QWL.** In order to respect the quantitative methods' principles, the eight eidos-themes emerging from the first phase are changed into favourable factors (FF) or unfavourable factors (UF) for QWL, and are used to carry out the second and third research phases. In the second phase, the theoretical construct based on the eight eidos-themes and twenty-three themes identified by the new measuring tool is unique to the population under consideration. The instrument's psychometric analysis—a self-administered online questionnaire—obtained an overall Cronbach alpha score (α) of 0.93. This is considered excellent. In the third and last phase, a statistical analyses (SPSS software, version 22 for Windows 7) (2013) of Quebec's online quantitative survey highlight conclusive results. Results from the online questionnaire, with a five-level ordinal scale, show an overall Cronbach alpha score of 0.95. Quantitative results suggest that QWL favourable factors (FF) have average scores of 3.99 (FF1), 3.97 (FF2), 3.96 (FF3), 3.72 (FF4), and 3.53 (FF5). QWL unfavourable factors (UF) have average scores of 3.91 (UF1), 3.78 (UF2), and 3.56 (UF3). These factors are equivalent to QWL's favourable and unfavourable eidos-themes found in the qualitative phenomenological section. The quantitative results show some significant connections between socio-demographic characteristics, such as age and years of experience, and the choice of factors that affect QWL. In conclusion, a better describing and understanding the meaning of QWL or lack thereof, as well as identifying the most likely factors to influence QWL, enables us to provide recommendations in the fourth areas of nursing practice. Approaches are proposed to maintain the next generation of FLNM job positions in health care organizations, while ensuring resources to suitably maximize FLNMs' QWL.

Keywords : First-line nurse managers, correlational quantitative method, mixed methods, organizational humanization, relational caring inquiry, quality of work life, Watson's Human caring philosophy

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	xv
LISTE DES FIGURES	xvi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xvii
LISTE DES ACRONYMES.....	xviii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
LA PROBLÉMATIQUE	2
1.1 Les origines du concept de la qualité de vie au travail dans les différentes disciplines.....	6
1.2 La qualité de vie au travail au sein de la discipline infirmière.....	6
1.3 L'état des connaissances de la qualité de vie au travail des CGIPN.....	8
1.4 La philosophie humaniste du <i>caring</i> de Watson (2008a, 2008b, 2012).....	9
1.5 Objectifs général et spécifiques de la recherche	10
1.5.1 Objectifs spécifiques	11
1.6 Questions de recherche	11
CHAPITRE II	
RECENSION DES ÉCRITS.....	13
2.1 Bref survol de la structure du réseau sociosanitaire québécois.....	13
2.1.1 Le contexte du secteur de l'administration des services infirmiers.....	14
2.2 Épistémologie de la qualité de vie au travail	15
2.2.1 État des connaissances de la QVT au sein de la discipline infirmière	19
2.3 Études quantitatives et qualitatives sur les cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau.....	22
2.3.1 Conclusion de la recension des écrits.....	30
2.4 Perspective disciplinaire et cadre de référence	31
2.4.1 Philosophie humaniste du <i>caring</i> de Watson.....	31
2.4.2 Concepts centraux selon la philosophie humaniste de Watson (2008b, 2012).....	32
2.5 Cadre de référence de la qualité de vie au travail	37

CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE.....	39
3.1 Origines des approches mixtes en recherche	39
3.2 Assises philosophiques et le contexte historique des méthodologies mixtes en recherche	40
3.2.1 Positivisme vs constructivisme	40
3.2.2 Pragmatisme	41
3.2.3 Période formative (1959-1979)	42
3.2.4 Période de débat des paradigmes (1985-1997)	42
3.2.5 Période de la procédure d'implantation (1989-2000)	43
3.2.6 Période des méthodologies mixtes en recherche (2003 à ce jour)	43
3.3 Raisons justifiant la réalisation d'une recherche mixte.....	44
3.4 Position épistémo-ontologique et méthodologique de la recherche mixte.....	45
3.5 Pertinence et justification de la méthode phénoménologique descriptive dans une recherche mixte séquentielle exploratoire	46
3.6 Méthodologie mixte séquentielle exploratoire.....	47
3.6.1 Déroulement des étapes du devis de type mixte séquentiel exploratoire	47
3.7 Première phase : Méthode qualitative phénoménologique de l'Investigation relationnelle <i>caring</i> (IRC) (Cara, 1997).....	50
3.7.1 Philosophie phénoménologique	50
3.7.2 Milieu, population cible, stratégie d'échantillonnage et sélection des participants	51
3.7.3 Stratégie d'échantillonnage populationnel et sélection des participants	51
3.7.4 Méthode phénoménologique de l'Investigation relationnelle <i>caring</i> (IRC) (Cara, 1997)	52
3.7.5 Étapes et déroulement de la collecte et de l'analyse des données de la méthode phénoménologique de l'Investigation relationnelle <i>caring</i> (IRC) (Cara, 1997)	53
3.8 Critères de scientificité en recherche mixte	58
3.8.1 Critères de scientificité phénoménologique pour le volet qualitatif	58
3.9 Deuxième phase : Processus d'élaboration et de validation du questionnaire quantitatif (prétest).....	61
3.9.1 Développement des questions sociodémographiques et des énoncés du questionnaire	62
3.10 Troisième phase : méthode quantitative corrélacionnelle.....	70

3.10.1	Déroulement de la troisième phase	70
3.10.2	Stratégie de recrutement.....	70
3.10.3	Population visée	71
3.10.4	Les milieux ciblés pour la troisième phase	71
3.10.5	La collecte des données et taux de réponse.....	71
3.10.6	Analyse statistique des données	72
3.10.7	Critères de qualité pour le volet quantitatif.....	72
3.11	Considérations éthiques pour les trois phases.....	74
3.11.1	Aspects éthiques pour la phase I	74
3.11.2	Aspects éthiques pour la phase II.....	75
3.11.3	Aspects éthiques pour la phase III.....	76
CHAPITRE IV		
TROIS ARTICLES SCIENTIFIQUES POUR PUBLICATION		
4.1	Article I : A new humanistic Quality of Work Life conceptualization in Nursing Administration based on Human Caring philosophy	79
	Abstract	80
	Introduction.....	81
	Background	81
	Systematic review of the literature.....	84
	Implications for nursing administration	98
	Implications for nursing administration research.....	101
	Conclusion	102
	References	104
	Acknowledgements.....	108
4.2	Article II : The experiential meaning of first-line nurse managers' quality of work life in an affiliated university hospital : A relational caring inquiry.....	109
	SUMMARY	109
	Background	109
	Framework of reference and disciplinary perspective	110
	Literature review	111
	Methodology	114
	Participants and milieu.....	115
	Data collection and analysis.....	116

	Scientific Criteria	117
	Results and discussions	120
	The Essence of the Experiential Meaning of the QWL Phenomenon	128
	The Essence of the Lack of Experiential Meaning of the QWL Phenomenon	135
	Implications for Nursing Administration	136
	Research Limitations	137
	Conclusion	138
	References	139
	Acknowledgements	148
	The Authors	148
4.3	Article III : Exploration de la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau via une approche mixte qualitative et quantitative	149
	Résumé	149
	Problématique	151
	La qualité de vie au travail et les instruments de mesure dans le domaine des sciences infirmières	153
	Cadre de références et toile de fond	155
	Objectifs de l'étude	156
	Questions de recherche	157
	Méthodologie	157
	Résultats et discussion de la validation de l'instrument (phase 2)	163
	Phase 3 : Enquête en ligne	166
	Discussion	174
	Limites de la recherche	182
	Conclusion	184
	Références	186
	Annexes	195
CHAPITRE V		
	DISCUSSION GÉNÉRALE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	197
5.1	Bref rappel des principaux résultats qualitatifs et quantitatifs des trois phases de la recherche	198
5.2	Discussion intégrant les résultats qualitatifs et quantitatifs	203

5.2.1	L'actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins	203
5.2.2	Les éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle.....	210
5.2.3	Le soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel	216
5.2.4	L'organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins	220
5.2.5	L'accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers.....	224
5.2.6	La déshumanisation organisationnelle	229
5.2.7	Les conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers	233
5.2.8	L'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices.....	237
5.3	Considérations méthodologiques	240
5.4	Considérations théoriques	241
5.5	Les limites de la recherche.....	243
5.6	Implication pour les quatre domaines de la pratique infirmière	246
5.6.1	Implications pour l'administration	246
5.6.2	Implications pour la formation.....	250
5.6.3	Implication pour le volet sociopolitique.....	253
5.6.4	Implication pour le développement théorique et la recherche	256
	CONCLUSION.....	260
	RÉFÉRENCES	264
	ANNEXE A	
	DÉFINITIONS DES DIMENSIONS DU CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LA QVT DÉVELOPPÉ PAR O'BRIEN-PALLAS ET BAUMANN (1992).....	i
	ANNEXE B	
	PRÉCONCEPTIONS DE L'INVESTIGATEUR EN REGARD À LA QVT.....	iii
	ANNEXE C	
	GUIDE D'ENTRETIEN	v
	ANNEXE D	
	SCHÉMATISATION DU PROCESSUS D'ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES PHÉNOMÉNOLOGIQUES (CARA, 2002).....	vi

ANNEXE E SCHÉMATISATION DE L'ANALYSE PERMETTANT L'ÉMERGENCE DES SOUS-THÈMES-THÈMES-EIDOS-THÈMES (FAVORABLES ET DÉFAVORABLES À LA QVT) ISSUS DE L'ANALYSE QUALITATIVE PHÉNOMÉNOLOGIQUE.....	vii
ANNEXE F FORMULAIRES D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LA SOLLICITATION DES PARTICIPANTS ET RÉPONDANTS COMPRENANT LE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION AUX PHASES 1 ET 2	xii
ANNEXE G QUESTIONNAIRE VALIDÉ COMPRENANT LES 11 QUESTIONS ET LES 48 ÉNONCÉS	xxv
ANNEXE H LETTRE DE REMERCIEMENT ACHEMINÉE AUX ÉTABLISSEMENTS RESPECTIFS POUR LA SECONDE PHASE DE LA RECHERCHE	xxxiii
ANNEXE I ENTENTE DE CONFIDENTIALITÉ AVEC LA FIRME DE SONDAGE SOM	xxxv
ANNEXE J ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ AVEC L'OIIQ.....	xxxix
ANNEXE K COURRIEL DE LA PRÉSIDENTE DU CÉRSS DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	xl
ANNEXE L CERTIFICATIONS ÉTHIQUES DE LA RECHERCHE POUR LES TROIS PHASES DE L'ÉTUDE INCLUANT LES DEUX ÉTABLISSEMENTS DE LA SECONDE PHASE	xli

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
I	Synthèse des définitions du concept de la QVT en sciences infirmières	20
II	Classification des approches mixtes en recherche	45
III	Énoncés du questionnaire associés aux eidos-thèmes et aux thèmes favorables	66
IV	Énoncés du questionnaire associés aux eidos-thèmes et aux thèmes favorables (suite)	67
V	Énoncés du questionnaire associés aux eidos-thèmes et aux thèmes défavorables	68
VI	Énoncés du questionnaire associés aux eidos-thèmes et aux thèmes défavorables (suite)	69

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1	Facteurs caratifs de la philosophie humaniste de Watson et traduits par Cara (2003b).....	36
2	Schéma de la qualité de vie au travail des infirmières soignantes développé par O'Brien-Pallas et Baumann (1992).....	37
3	Schématisation du déroulement du présent devis mixte séquentiel exploratoire sur la QVT des CGIPN en établissements de santé.	49
4	Déroulement des étapes du développement du questionnaire préliminaire auto-administré en ligne « Facteurs influençant la QVT des CGIPN en établissements de santé ».....	63
5	Coexistence temporelle entre les sphères de pratiques humanisantes et déshumanisantes en administration des services infirmiers.....	200
D.1	Schématisation du processus d'analyse des données qualitatives phénoménologiques (Cara, 2002)	vi

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASI :	Administration des services infirmiers
CGIPN :	Cadre gestionnaire infirmier de premier niveau
CHA :	Centre hospitalier affilié
CHU :	Centre hospitalier universitaire
IRC :	Investigation relationnelle <i>caring</i>
ISQVT :	Inventaire systématique de la qualité de vie au travail
QVG :	Qualité de vie en général
QVT :	Qualité de vie au travail
RIPOST :	Recherche sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail
RLS :	Réseaux locaux de services

LISTE DES ACRONYMES

AIIC :	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ANA :	American Nurse Association
AQESSS :	Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux
CCCSI :	Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers
CÉRSS :	Comité éthique de la recherche des sciences de la santé
CQVTSSQ :	Coalition pour la QVT et des soins de santé de qualité
CSSS :	Centre de santé et des services sociaux
EPTC-2 :	Énoncé de politique des trois conseils
FERASI :	Centre de Formation et de recherche en expertise de l'administration des services infirmiers
FIIC :	Fondation des infirmières et infirmiers du Canada
MELS :	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
TSN des RUIS :	Table sectorielle nationale des réseaux universitaires intégrés

DÉDICACE

*Je dédie cette thèse doctorale à mon père Gérard
qui m'a toujours encouragé à me surpasser
et à la douce mémoire de ma mère Reine
et de ma grand-mère Alexina*

REMERCIEMENTS

Mon parcours doctoral a été parsemé de nombreux événements heureux, mais aussi de contretemps. Cependant, la rédaction de cette thèse par articles est le fruit d'un travail de recherche, de réflexion et d'écriture qui a été rendu possible grâce au soutien de plusieurs personnes et instances au sein de la profession infirmière et du réseau de la santé. Je souhaite donc remercier sincèrement toutes les personnes qui, à divers moments, m'ont apporté leur appui depuis les sept dernières années.

Je tiens à exprimer ma gratitude et à remercier mes directeurs de thèse, madame Chantal Cara, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières et monsieur Régis Blais, professeur titulaire au Département de l'administration de la santé de l'École de santé publique pour leurs qualités exceptionnelles ainsi que pour le soutien et l'encadrement qu'ils m'ont offerts durant mes études doctorales. Leurs questions et commentaires, si précis et émis de façon constructive, ont grandement contribué à mes apprentissages. Leur disponibilité exemplaire a été très appréciée. Je suis fier d'avoir eu le privilège d'avoir été leur étudiant.

Je remercie les organismes qui m'ont offert leur soutien financier qui, non seulement a été essentiel à la réalisation de mes études doctorales, mais qui m'a aussi permis de me consacrer aux différentes étapes de mon projet de recherche de façon satisfaisante. Il s'agit du Centre de Formation et de recherche en expertise de l'administration des services infirmiers [FERASI], en collaboration avec mon décideur, madame Johanne Salvail, directrice des soins infirmiers de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Je remercie également le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport [MELS], la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada [FIIC], la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ainsi que la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal de même que l'Université du Québec en Outaouais.

Je souhaite remercier les directrices de soins infirmiers qui ont démontré de l'ouverture pour que le projet de recherche en trois phases se réalise avec les cadres gestionnaires

infirmiers de premier niveau (CGIPN) de leur établissement respectif. J'ai été profondément touché par leur générosité et leur soutien; elles ont facilité la réalisation du projet. Je tiens tout particulièrement à remercier les cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau d'avoir accepté avec engouement de participer à toutes les phases de l'étude et d'avoir révélé leur perception au regard de leur qualité de vie au travail. Ils ont été ma plus grande source d'inspiration, dans toutes les phases de l'étude doctorale.

Je désire remercier les membres du jury qui ont évalué cette thèse, soit les professeurs(es) Carl-Ardy Dubois, Mélanie Lavoie-Tremblay, Manon Lemonde et Sylvie Dubois. J'ai très apprécié la précision et la pertinence de leurs commentaires constructifs. Je désire également souligner la diligence avec laquelle les membres du jury ont accompli ce travail.

De plus, au cours de ces années d'études, j'ai eu la chance de croiser des personnes avec qui j'ai échangé de nombreuses idées et réflexions. Merci à Louise Bélanger, Jérôme Gauvin-Lepage de même qu'à Geneviève Roch pour leur soutien et encouragement. De plus, je tiens à remercier les statisticiens Miguel Chagnon, Joël Sango et Anne-Marie Julien pour leur aide dans la compréhension des différentes analyses statistiques de la thèse.

Je souhaite exprimer ma plus profonde gratitude à certains membres de ma famille, et tout particulièrement mon père Gérard Brousseau. Ils m'ont soutenu de manière inconditionnelle pendant tout ce parcours doctoral. Merci mille fois à Luc Séguin, mon conjoint depuis 25 ans, qui a cru en moi, pour son amour et son soutien quotidien, dans les meilleurs moments comme dans les plus difficiles. Je ne peux passer sous silence mes amies qui m'ont écouté, appuyé et encouragé durant ces sept années. Je remercie particulièrement mon ami Denis Dumas pour la qualité graphique des figures qu'il a créées pour ma thèse et mes articles. Un immense merci à ma grande amie Louise Sylvestre (infirmière retraitée) qui a accepté de faire la révision linguistique des trois articles et de tous les chapitres de la thèse. Je tiens à remercier particulièrement mes amies de longue date, Manon Dinel, Sandra Boivin, Manon Leduc, Thérèse Lessard, Mélisa Lallier et Marie-Pierre Avoine, pour leurs conseils et

encouragements. Merci à mes ex-collègues de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers des Laurentides et de Lanaudière, de même qu'à ceux de la Commission régionale des infirmières des Laurentides pour leur appui et leur écoute durant les années où j'y ai siégé. Merci aussi à mes collègues administrateurs du Regroupement pour l'avenir de la profession infirmière au Québec [RAPIQ].

Enfin, je souhaite remercier mes nouveaux collègues de l'Université du Québec en Outaouais de m'avoir fait confiance, de m'avoir permis de terminer ma thèse doctorale en m'accordant un congé de perfectionnement et de m'avoir permis de me joindre à l'équipe en fin de doctorat.

INTRODUCTION

La présente thèse doctorale se divise en six chapitres. Le premier chapitre expose la problématique, les questions de recherche et les objectifs spécifiques. Le second chapitre présente la critique de la revue des écrits scientifiques portant sur le contexte de travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau (CGIPN) de même que sur le concept de la qualité de vie au travail (QVT). Dans ce même chapitre, l'investigateur présente le cadre de référence de la QVT d'O'Brien-Pallas et Baumann (1992), ainsi que la philosophie du *Human caring* de Watson (2008a, 2008b, 2012) qui a été utilisée comme toile de fond à la présente recherche. Le troisième chapitre expose la méthodologie mixte séquentielle exploratoire constituée de trois phases : 1) la méthode qualitative phénoménologique descriptive (Investigation relationnelle caring d'O'Reilly et Cara, 2014), 2) l'élaboration et la validation d'un nouvel instrument de mesure basé sur les données qualitatives analysées et 3) la méthode quantitative corrélationnelle. Le quatrième chapitre fait état des résultats de la présente recherche et comporte trois articles pour publication. Le premier article propose une conceptualisation humaniste de la QVT au service de l'administration des services infirmiers. Le second article traite des résultats qualitatifs portant sur l'expérience subjective de la QVT des CGIPN œuvrant en centre hospitalier universitaire affilié : une analyse phénoménologique descriptive. Quant au troisième article, il présente les différentes étapes de l'enquête mixte séquentielle exploratoire débutant par la phénoménologie, passant par l'élaboration et la validation de l'instrument de mesure, pour se terminer par les résultats de l'enquête quantitative sur les facteurs favorables et défavorables qui influencent la QVT des CGIPN. Le cinquième chapitre présente les considérations méthodologiques et théoriques, la discussion générale des résultats en lien avec les écrits recensés, le cadre de référence privilégié de même que la toile de fond à l'étude. Le chapitre cinq se termine avec les implications pour quatre des cinq domaines de la pratique infirmière. Cette thèse se termine sur une conclusion générale.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE

Depuis deux décennies, on assiste, dans plusieurs pays occidentaux ainsi qu'au Québec, à une multitude de restructurations organisationnelles des réseaux de la santé (Bergeron & Gaumer, 2007; Castonguay, 2015; Gaumer & Fleury, 2007; Marquis, 2012). Celles-ci perturbent significativement les pratiques quotidiennes des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau (CGIPN) (Mayrand Leclerc, 2006) et contribuent très probablement à nuire à leur qualité de vie au travail (QVT). Les CGIPN occupent les postes de chefs d'unités de soins, d'infirmiers-chefs et d'adjoints de programme-clientèle issus de la profession infirmière. Les travaux du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers [CCCSI] (2002), du rapport d'Agrément Canada (2010) sur la qualité des soins, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] (2005) ainsi que ceux de la Coalition pour la QVT et des soins de santé de qualité [CQVTSSQ] (2007) affirment que ces multiples réformes ont des répercussions négatives sur la QVT des CGIPN, au moins tout autant que sur celle des infirmières soignantes et sur la qualité des soins offerts à la population. Au sein de la profession infirmière, les CGIPN constituent près de 8 % des effectifs cadres du réseau québécois de la santé (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2008, 2014) et ils cumulent plusieurs fonctions, toutes indispensables au bon fonctionnement d'un établissement de santé (Allaire, 2006; Mayrand Leclerc, 2006; Villeneuve, 2005). Il s'avère donc primordial que les CGIPN jouissent d'une excellente QVT pour assumer pleinement leurs rôles et responsabilités en utilisant l'ensemble de leurs compétences de façon à assurer une gestion plus humaine des équipes de soins, notamment au Québec (Drach-Zahavy & Dagan, 2002; Duffield & Franks, 2001; Krejci, 1999; Milton, 2010).

Les réorganisations structurelles et successives dans le système sociosanitaire au Québec (Bergeron & Gaumer, 2007; Castonguay, 2015; Dubois, Bentein, Mansour, Gilbert, & Bédard, 2014; Mayrand Leclerc, 2006, 2010a, 2010b; ministère de la Santé et des Services sociaux

[MSSS], 2001, 2007, 2008, 2009a, 2009b) et dans les pays occidentaux (Bondas, 2009; Laschinger & Wong, 2007; Lee & Cummings, 2008; McDowell, Williams, & Kautz, 2013; Meyer, 2008; Paliadelis, 2006, 2012; Paliadelis, Cruickshank, & Sheridan, 2007; Shirey, 2006, 2009a, 2009b Surakka, 2008; Udod & Care, 2012) induisent une pression énorme sur les conditions d'exercice des CGIPN. Qui plus est, l'alourdissement, la complexification et la modification constante des rôles et des responsabilités des CGIPN se répercutent négativement sur leur environnement organisationnel de travail (Delmas, Mayrand Leclerc, & Pronost, 2006; Mayrand Leclerc, 2006). De surcroît, les CGIPN doivent composer avec plusieurs autres problématiques liées à leur travail, telles que : la pénurie des professionnels de la santé, les restrictions budgétaires constantes et sévères, la surcharge de travail et les changements incessants dans la gouverne de l'administration des services infirmiers (ASI) (Bolduc & Baril-Gingras, 2010; Boykin, Schoenhofer, & Valentine, 2014; Broughton, 2001; Cadet, 2000; Delmas et al., 2006; Desjardins, 2007; Gould, Kelly, Goldstone, & Maidwell, 2001; Lindholm & Udén, 2001; Mayrand Leclerc, 2006; Mayrand Leclerc, Le Beau, & Rivard, 2006b; McConville & Holden, 1999; MSSS, 2001, 2009a, 2009b; Ohman, 2000; Sorensen Marshall, 2011; Villeneuve, 2005) et ce, souvent sans le soutien des pairs et des cadres supérieurs. Ces mêmes auteurs démontrent aussi que les CGIPN sont souvent pris « entre l'arbre et l'écorce », soit entre la prise de décisions des cadres supérieurs et la mise en application de ces décisions auprès du personnel soignant (Mayrand Leclerc, 2006). Desjardins (2007) de même que Bolduc et Baril-Gingras (2010) rapportent, dans leur enquête québécoise, que les cadres gestionnaires du réseau de la santé se disent très préoccupés par l'équilibre entre leur vie professionnelle et familiale, par la gestion multisites à la suite des fusions, par la mouvance continuelle du personnel soignant et par le peu de soutien administratif. De ce fait, ils témoignent d'une détérioration majeure de leurs conditions de travail (ex. : congés, formation continue, rémunération).

D'ailleurs, des études empiriques (Allaire, 2006; Bourbonnais et al., 2000; Cadet, 2000; Laschinger, Almost, Purdy, & Kim, 2004; Mayrand Leclerc, 2006; Mayrand Leclerc, Lavoie-Tremblay, & Viens, 2006a; Mayrand Leclerc et al., 2006b; McConville & Holden, 1999; Oliver, Gallo, Quinn Griffin, White, & Fitzpatrick, 2014; Paliadelis et al., 2007; Shirey,

McDaniel, Ebright, Fisher, & Doebbeling, 2010) révèlent qu'un nombre croissant de CGIPN songent à démissionner car ils n'ont pas le soutien de leurs collègues, des cadres supérieurs, du personnel soignant en plus de ne pas pouvoir concilier le travail, la famille et les études. Il appert que des infirmières et infirmiers désirant poursuivre une carrière en administration s'interrogent quant à la pertinence de le faire ou tout simplement s'y refusent (MSSS, 2001, 2004). En effet, ces derniers invoquent le manque de planification concertée (mentorat et *coaching*) pour assurer une transition dans leur nouveau rôle de CGIPN, ce qui se traduit par des exigences démesurées de la fonction (garde 24 h sur 24) additionnées aux problèmes de santé au travail qui y sont associés (Grossman, 2013; Keys, 2014; McBride, 2011; Meyer et al., 2011; Titzer & Shirey, 2013; Titzer, Shirey, & Hauck, 2014). Par ailleurs, le sondage réalisé par la défunte Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux [AQESSS] (2008) sur la dotation des postes d'encadrement, l'étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée de Ponti (2009) ainsi que l'étude qualitative de Laschinger et al. (2013) et quantitative de Wong et al. (2013) confirment que la très grande majorité des organisations soulignent que le nombre de candidatures par poste cadre est en baisse étant donné l'ambiguïté des rôles, l'étendue d'encadrement irréaliste, le manque de planification structurée dans la transition de rôle, les contraintes économiques de gestion et l'ampleur de la fonction de CGIPN.

De la même façon, les travaux de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] (2005, 2006) et les écrits scientifiques (Mayrand Leclerc et al., 2006a, 2006b; Mayrand Leclerc, Viens, Lavoie-Tremblay, & Brabant, 2005; Meyer, 2008; MSSS, 2001, 2008, 2009a, 2009b; Purnell, 1999; Shirey, Ebright, & McDaniel, 2008; Shirey et al., 2010; Surakka, 2008; Villeneuve, 2005) révèlent que les réorganisations successives ont généré un accroissement de la zone de contrôle ou de supervision du CGIPN et une dérive du leadership et de l'étendue des rôles et responsabilités (encadrement) vers des activités purement administratives plutôt que cliniques, ce qui a pour effet de favoriser de fréquents mouvements de personnel cadre infirmier. Cette zone de contrôle est caractérisée par une gestion (réseau intégré) multisites (Hôpital, Centre local des services communautaires, Centre d'hébergement), un élargissement du nombre d'unités de soins et, par ricochet, par l'augmentation du ratio d'employés par

CGIPN (Allaire, 2006; Bolduc & Baril-Gingras, 2010; Mayrand Leclerc, 2006; Meyer, 2008; Purnell, 1999; Shirey, 2006, 2009a, 2009b; Shirey et al., 2008; Villeneuve, 2005).

En outre, sachant que la fonction d'un CGIPN consiste à contrôler, planifier, organiser, diriger et gérer les ressources (humaines, financières, matérielles et informationnelles) en vue d'atteindre les objectifs de l'organisation, des études quantitatives (Jamal & Baba, 2000; Laschinger & Wong, 2007; Lee & Cummings, 2008; Sellgren, Ekvall, & Tomson, 2008; Tarrant & Sabo, 2010) et qualitatives (Cathcart, Greenspan, & Quin, 2010; Mayrand Leclerc, 2006; Shirey, 2006, 2009a, 2009b; Shirey et al., 2008; Viitanen, Wiili-Peltola, Tampusi-Jarvala, & Lehto, 2007; Villeneuve, 2005) démontrent qu'une grande partie du temps de travail des CGIPN est consacrée à la gestion administrative des opérations de l'organisation. Il va alors de soi que l'atteinte d'un équilibre entre les rôles cliniques et administratifs dans l'engagement des CGIPN s'avère essentielle pour exercer leur leadership au sein de l'établissement de santé (Shirey, Ebright, & McDaniel, 2013; Shirey, 2006).

D'autre part, les CGIPN doivent, à travers ces multiples fonctions, demeurer performants et productifs tout en assurant l'accessibilité et la qualité des soins et des services sécuritaires à la clientèle (Laschinger & Wong, 2007). C'est donc dire que les symptômes révélateurs des conditions d'exercice très difficiles n'ont jamais été aussi présents; en effet, les CGIPN sont de plus en plus victimes d'absentéisme, de détresse psychologique-émotionnelle, d'épuisement professionnel, d'insatisfaction professionnelle et de stress au travail (Bolduc & Baril-Gingras, 2010; Brown, Fraser, Wong, Muise, & Cummings, 2013; Hendel & Steinman, 2002; Jean, 2009; Laschinger & Wong, 2007; MSSS, 2001, 2004; Paliadelis et al., 2007; Surakka, 2008; Thorpe & Loo, 2003; Titzer, Phillips, Tooley, Hall, & Shirey, 2013). Notons également que cette modification de la pratique de gestion retentit aussi sur l'identité professionnelle des CGIPN, lesquels vivent un malaise identitaire au sein des organisations de santé (Allaire, 2006). Une étude quantitative pancanadienne réalisée par Laschinger et Wong (2007) révèle que les CGIPN (*first-line managers*) ont une moins bonne QVT que les cadres intermédiaires (*middle managers*) et les cadres supérieurs (*executive managers*). Ces professionnels soutiennent également avoir une moins bonne perception de leur

environnement organisationnel de travail comparativement aux cadres intermédiaires et supérieurs dans les hôpitaux canadiens. La prochaine section fait état de la genèse du concept de la qualité de vie au travail.

1.1 Les origines du concept de la qualité de vie au travail dans les différentes disciplines

Le développement des connaissances (épistémologie) en matière de QVT a surtout fait l'objet de recherches quantitatives dans les années '60, '70 et '80 par des sociologues, des psychologues et des administrateurs (Elyzur & Shye, 1990; Gifford, Zammuto, & Goodman, 2002; Goode, 1989; Karasek & Theorell, 1990; Loscocco & Roschelle, 1991; Martel & Dupuis, 2006; Pruijt, 2000; Turcotte, 1988). Ce n'est qu'au tournant des années '90 et 2000 que l'on commence à observer et à reconnaître un courant plus holistique et multidimensionnel de la notion de QVT (Elyzur & Shye, 1990; Karasek & Theorell, 1990; Kristensen, 1999; Martel & Dupuis, 2006; Siegest, 1996; Turcotte, 1988). Quelques auteurs ont tenté de définir la QVT dans le monde industriel et au sein de la discipline infirmière sans nécessairement atteindre de consensus. Si on les résume, la QVT pourrait se définir comme un état optimal et harmonieux entre les différentes réalités que vit l'être humain à l'intérieur de son milieu de travail.

1.2 La qualité de vie au travail au sein de la discipline infirmière

O'Brien-Pallas et Baumann (1992) ont été les premières chercheuses à examiner les diverses variables de la QVT au sein de la discipline infirmière. Leurs travaux visaient à établir des rapprochements entre l'environnement de travail des infirmières, leurs expériences vécues et les caractéristiques du système de santé. Elles ont catégorisé en deux groupes les différentes dimensions de l'environnement de travail des infirmières soignantes qui influent sur leur QVT: les dimensions internes et les dimensions externes à l'organisation. Les dimensions internes se traduisent par quatre axes, soit : 1) le bien-être des personnes, 2) le contexte socioenvironnemental, 3) l'organisation du milieu de travail et 4) l'administration. En ce qui a trait aux dimensions externes, celles-ci s'articulent autour de trois axes, soit : 1) les demandes soumises par les usagers, 2) la politique sur les soins de santé et 3) la situation du

marché du travail. Bien que ces axes paraissent indépendants, les auteures reconnaissent de nombreuses interactions entre les dimensions internes et externes à la personne.

Quant à eux, Delmas, Duquette, Bourdeau et Pronost (2004) ont effectué une étude quantitative en Europe visant à mesurer les relations entre la QVT et la hardiesse, de même que les stratégies de *coping* utilisées par des infirmières françaises œuvrant en salle d'opération, selon une perspective salutogénique (vision positive du phénomène). Somme toute, il appert que le renforcement positif augmente la perception sociale du niveau de stratégie de *coping* et concourt à une QVT accrue. Toutefois, les chercheurs n'ont pas abordé le concept de la QVT selon une vision humaniste.

Prenant appui sur la philosophie du *Human caring* de Watson (1988), deux études québécoises phénoménologiques descriptives husserliennes (Giorgi, 1997a) ont approfondi la signification de la QVT des infirmières en milieu hospitalier (Gascon, 2001) et des infirmiers en Centre de santé et des services sociaux, mission CLSC (Brousseau, 2006). Tout d'abord, l'étude de Gascon a permis de dégager que la QVT se traduit par l'harmonie de la personne au travail. Plus récemment, les résultats de l'étude de Brousseau sur la signification de la QVT mettent en évidence l'importance d'un environnement de *caring* favorisant l'*empowerment* des infirmiers tout en maintenant une harmonie entre leur vie professionnelle et leur vie familiale. Ces deux études québécoises confirment l'importance d'explorer les points de vue expérientiels et subjectifs pour décrire et comprendre la signification de la QVT des infirmières et des infirmiers œuvrant en milieu de soins sous une perspective humaniste. À notre connaissance, la plupart des études qualitatives et quantitatives recensées ailleurs au Canada sur la QVT des infirmières ne semblent pas avoir abordé le phénomène dans une perspective humaniste issue des sciences infirmières.

Dans ses travaux, Milton (2010) a exploré la valeur de la dignité humaine et le phénomène de la QVT au sein de la discipline infirmière selon une perspective éthique. L'auteure soutient que les problèmes associés à la QVT surviennent et se reflètent surtout par rapport aux difficultés liées à l'attraction et à la rétention des infirmières dans les organisations

de santé. Elle affirme qu'il est temps d'amorcer un réel dialogue portant sur la dignité humaine des infirmières et les problèmes associés à la qualité de vie en général, tels que décrits et vécus par ces professionnelles. De plus, le dialogue va permettre d'optimiser la QVT des infirmières et d'assurer une pratique professionnelle de qualité pour la clientèle.

1.3 L'état des connaissances de la qualité de vie au travail des CGIPN

Parmi les recherches quantitatives et qualitatives consultées pour cette recherche doctorale, il n'existe pas d'études, à notre connaissance, portant sur la description, la compréhension et la mesure du concept de la QVT auprès de la population des CGIPN. Les recherches sur ces derniers ont surtout examiné leur plaisir et leur souffrance au travail (Allaire, 2006), la perception de leur environnement psychosocial de travail (Mayrand Leclerc, 2006), *l'empowerment* organisationnel (Laschinger et al., 2004), les facteurs prédictifs qui influencent leur satisfaction au travail (Lee & Cummings, 2008; Tarrant & Sabo, 2010), le stress et les stratégies de *coping* (Shirey, 2006, 2009a, 2009b; Shirey et al., 2008) et l'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmiers-chefs (Villeneuve, 2005). Par ailleurs, ces études n'ont fait qu'effleurer le phénomène de QVT. Pour y remédier, Delmas et al. (2006) et Laschinger et al. (2004) recommandent que d'autres études soient réalisées afin d'examiner en profondeur la QVT auprès des CGIPN. Pour l'investigateur, cela ne peut être réalisé qu'en considérant l'indissociabilité entre le capital humain et l'humanisation de l'organisation. Le choix du concept de la QVT dans le cadre de la présente recherche repose sur deux éléments primordiaux (conceptuel et pratique) en vue de résoudre les problématiques telles vécues par les CGIPN. Sur le plan conceptuel, la QVT repose essentiellement sur des éléments qui permettent empiriquement de comprendre et mesurer les aspects physiques (contextualisés) et psychologiques où l'humain est au cœur de l'organisation. De plus, les sous-concepts interreliés de la QVT correspondent à la conciliation travail-famille-vie sociale, au climat organisationnel, à l'environnement de travail, à la participation des personnes aux prises de décisions à l'intérieur d'une organisation, à la satisfaction au travail et aux relations socioprofessionnelles et sociopersonnelles. Ceux-ci permettent d'étudier le concept de la QVT dans sa globalité afin d'y apporter des solutions. Sur le plan de la pratique, le concept de la QVT s'avère une démarche collective, innovante et

participative où les personnes (CGIPN) partagent des valeurs communes visant l'amélioration concertée, dynamique et gagnante de l'organisation du travail.

En effet, le contexte difficile de ces professionnels devient alarmant et nous interpelle quant à l'urgence d'adhérer à des valeurs humanistes en administration des services infirmiers (ASI) (Aktouf, 2002, 2006; Cara, 2008a, 2008b; Cara, Nyberg, & Brousseau, 2011; Nyberg, 1998; Turkel, 2007; Watson, 2009b). En accord avec Cara (2008a, 2008b) et Turkel (2007), la déshumanisation provient généralement de nombreuses frustrations de l'ensemble du personnel cadre et non cadre du réseau de la santé, d'où l'importance de promouvoir un milieu de pratique de gestion empreint de *caring* (Cara, 1997, 1999; Cara et al., 2011; Eisler, 2007; Nyberg, 1998; Watson, 2006a). À notre connaissance, aucune des recherches citées préalablement ne s'appuie sur une approche humaniste en gestion. De plus, ces recherches n'ont traité que des concepts qui avoisinent la QVT en administration des services infirmiers, et ce, sans jamais l'examiner sous l'angle spécifique de la philosophie du *Human caring* de Watson (2008, 2012). Pour l'investigateur, la QVT touche les sphères personnelles et professionnelles de la personne, lesquelles doivent être considérées comme étant au cœur de leurs expériences vécues. Ce faisant, l'étude de ce concept auprès des CGIPN permet de mieux définir l'ensemble des stratégies menant au développement de solutions humanistes concrètes. Ainsi, dans le cadre de ce projet de recherche, la philosophie du *Human caring* de Watson (1988, 2005, 2008a, 2008b, 2009a, 2012) s'avère pertinente et novatrice comme perspective disciplinaire pour explorer la QVT des CGIPN et mesurer les facteurs (favorables et défavorables) susceptibles de l'influencer.

1.4 La philosophie humaniste du *caring* de Watson (2008a, 2008b, 2012)

Watson (2008a, 2008b, 2012) affirme que l'être humain, vivant des expériences ou des phénomènes complexes qui lui sont propres, est unique et forme un tout indissociable (personne-environnement-santé). Prenant appui sur des valeurs humanistes et altruistes, la philosophie du *Human caring* apportera une perspective plus holistique du phénomène de la QVT et permettra l'émergence de données enrichissantes et supplémentaires pour une administration plus humaine des ressources en gestion. Elle offrira des pistes intéressantes

pour améliorer la QVT des CGIPN, tout en assurant des soins de qualité à la clientèle (Brousseau, Alderson, & Cara, 2008; Cara, 1997, 1999, 2008a, 2008b; St-Germain, Blais, & Cara, 2008). De plus, mentionnons que Watson (1988, 2008a, 2009a, 2012) suggère d'utiliser l'approche phénoménologique existentielle car elle permet de décrire et de mieux comprendre la signification de l'expérience humaine. Watson (2009a) recommande également l'utilisation d'outils de mesure car ils se révèlent tout aussi essentiels pour examiner les phénomènes complexes dans la discipline infirmière. En résumé, la philosophie du *Human caring* permettra d'avoir un regard holistique sur la compréhension de l'expérience vécue de la QVT des CGIPN (Cara, 2008a; Watson, 2005, 2008a, 2012) car elle offre une perspective humaniste de celle-ci et pourra, au bénéfice de l'ASI, teinter les stratégies d'amélioration qui seront dégagées lors de l'étude proposée. À ce jour et à notre connaissance, aucune étude scientifique, selon une perspective humaniste du *caring* de Watson (2008a, 2008b, 2012), n'a porté spécifiquement sur la signification expérientielle de la QVT auprès des CGIPN et n'a identifié et mesuré les facteurs qui influencent la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements de santé au Québec. De plus, aucun instrument de mesure n'a été développé en tenant compte du contexte et de la spécificité liée à la fonction des CGIPN au Québec et selon une vision humaniste en sciences infirmières. Ceci met en lumière l'urgence que soit réalisée une recherche mixte séquentielle exploratoire afin de décrire et comprendre la signification expérientielle de la QVT et l'absence de celle-ci auprès de cette population travaillant dans les établissements de santé, de même que les facteurs (favorables et défavorables) qui peuvent l'influencer. La section suivante présente l'objectif général, les cinq objectifs spécifiques suivis des cinq questions de la recherche.

1.5 Objectifs général et spécifiques de la recherche

L'objectif général de la présente recherche vise à décrire et comprendre la signification expérientielle de la QVT et l'absence de celle-ci auprès des CGIPN en établissements de santé, de même que les facteurs favorables et défavorables qui sont susceptibles de l'influencer afin de répondre aux questions de recherche de la présente recherche mixte séquentielle exploratoire. Les cinq objectifs spécifiques suivants concernent, dans un premier

temps, les CGIPN œuvrant en Centre hospitalier affilié à l'Université et, dans un deuxième temps, ceux qui travaillent dans les autres types d'établissements de santé québécois :

1.5.1 Objectifs spécifiques

- a. Décrire et comprendre la signification de la QVT auprès des CGIPN œuvrant en CHA;
- b. Décrire et comprendre la signification de l'absence de la QVT auprès des CGIPN œuvrant en CHA;
- c. Développer et valider un nouvel instrument de mesure des facteurs favorables et défavorables à la QVT à partir des données qualitatives, du cadre conceptuel utilisé et de la philosophie humaniste afin de le rendre plus spécifique aux CGIPN du Québec;
- d. Identifier et mesurer les facteurs favorables et défavorables étant le plus susceptibles d'influer sur la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements de santé du Québec;
- e. Déterminer les relations entre les caractéristiques sociodémographiques des répondants et le choix des facteurs favorables et défavorables qui influencent la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements publics de la santé.

1.6 Questions de recherche

Les deux premières questions correspondent au volet qualitatif phénoménologique, alors que les trois dernières se rapportent au volet quantitatif de la recherche mixte séquentielle exploratoire :

- a. Quelle est la signification de la QVT pour des CGIPN œuvrant en CHA?
- b. Quelle est la signification de l'absence de la QVT pour des CGIPN œuvrant en CHA?
- c. Quelles sont les composantes du nouvel instrument qui mesure les facteurs favorables et défavorables à la QVT des CGIPN en établissement de santé?
- d. Quels sont les facteurs favorables et défavorables les plus susceptibles d'influencer sur la QVT des CGIPN travaillant en établissements publics de santé?

- e. Quelle est l'influence des caractéristiques sociodémographiques des répondants sur le choix des facteurs favorables et défavorables qui influent sur la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements de santé?

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente les stratégies préconisées pour effectuer la revue systématique des écrits scientifiques de même que les thèmes retenus pour notre recherche doctorale. Pour réaliser la recension des écrits, l'investigateur a eu recours aux bases de données anglaises et françaises : *CINHAL* sur *EBSCO-host*, *EMBASE*, *ERIC*, *MEDLINE* et *Web science* à l'aide du réseau « proxy » de la bibliothèque paramédicale de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Les thèmes de la recension des écrits portaient essentiellement sur le contexte du réseau sociosanitaire québécois, les différentes études qualitatives et quantitatives entourant les cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau existantes à ce jour, le concept de la qualité de vie au travail en général et au sein de la discipline infirmière ainsi que sur les méthodes qui ont servi à réaliser les différentes étapes de la présente recherche. Finalement, ce chapitre a également mis en lumière le vide de connaissances au regard du phénomène de la qualité de vie au travail des CGIPN au Québec.

2.1 Bref survol de la structure du réseau sociosanitaire québécois

Le réseau de la santé du Québec a connu une profonde transformation au cours des années '90 en vue d'atteindre l'objectif du déficit zéro (compressions budgétaires) et afin de répondre aux exigences du virage ambulatoire (Bergeron & Gagnon, 2003; MSSS, 2001, 2008, 2009a, 2012) : des établissements ont été fermés, d'autres ont changé de mission et des milliers de professionnels cadres et non cadres ont pris leur retraite. Une seconde restructuration s'est produite en 2004, principalement par la fusion de la plupart des établissements en Centres de santé et des services sociaux [CSSS] (MSSS, 2008, 2009a). En même temps, la création des réseaux locaux de services (RLS) visait à faciliter l'intégration des services offerts à la clientèle en vue d'accroître l'efficacité des soins en coordonnant mieux les actions cliniques, notamment la hiérarchisation des soins et des services infirmiers, en mettant en place une approche dite « populationnelle » et en accordant une plus grande

place aux soins et services sociosanitaires de première ligne (Castonguay, 2015; Bergeron & Gaumer, 2007; Dubois et al., 2014; Gaumer & Fleury, 2007).

Le réseau de la santé s'organise selon un mode de gouvernance en trois paliers : local, régional et provincial. Le palier local comprend l'ensemble des ressources humaines et financières dont fait partie l'ASI alors que les paliers régional et provincial donnent les directives relativement à l'organisation des services offerts à la population et à l'attribution des ressources (humaines, financières, matérielles et technologiques) pour assurer le bon fonctionnement du réseau de la santé (Castonguay, 2015; Marquis, 2012). Plusieurs études empiriques (AIC, 2005, 2006; Delmas et al., 2004; Dubois et al., 2014; Lee & Cummings, 2008; Mayrand Leclerc, 2006; Shirey, 2006, 2007; Shirey et al., 2008; Villeneuve, 2005) ont démontré que cette panoplie de réformes structurelles et managériales dans le système de santé a des effets néfastes sur le leadership, la gouvernance administrative des soins infirmiers et sur l'environnement de travail des CGIPN (Bolduc & Baril-Gingras, 2010; Laschinger & Wong, 2007; Mayrand Leclerc, 2006, 2010a, 2010b; Villeneuve, 2005).

2.1.1 Le contexte du secteur de l'administration des services infirmiers

Parallèlement aux changements structuraux du réseau de la santé, les besoins en matière de gestion des soins infirmiers dans le secteur clinico-administratif ont aussi rapidement évolué au fur et à mesure que le système sociosanitaire prenait de l'expansion. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIC] (2005, 2006) ainsi que selon les standards de pratique en administration des services infirmiers de *l'American Nurse Association* [ANA] (2009), l'évolution des rôles et responsabilités des CGIPN vers une gestion en réseau intégré à la fin des années '90 et au début des années 2000 a coïncidé avec le départ de près de 5 500 infirmières cadres gestionnaires au Canada et de plus de 10 000 aux États-Unis. Cette transformation a aussi marqué la fin de plusieurs rôles jusque-là confiés aux CGIPN (anciennement infirmiers-chefs) à savoir le leadership, l'encadrement clinico-administratif, le mentorat, l'enseignement et le soutien que beaucoup d'entre eux offraient aux proches des patients et aux organisations de santé. Enfin, au milieu des années 2000, les CGIPN sont devenus des gestionnaires de programme-clientèle, sans nécessairement faire

partie de l'équipe décisionnelle en matière de soins infirmiers. Fort de son expérience vécue de cadre gestionnaire en soins infirmiers, l'investigateur a pu observer, au cours des dernières années, une grande instabilité dans la composition des équipes de gestion des soins infirmiers, laquelle peut nuire considérablement à la QVT des CGIPN. Cependant, peu d'écrits scientifiques font état des connaissances empiriques et subjectives en ce qui a trait au concept de la QVT chez les CGIPN. La section suivante fait état des connaissances sur la QVT.

2.2 Épistémologie de la qualité de vie au travail

Le concept de qualité de vie au travail a d'abord pris naissance dans les années '60 et '70. Des écrits scientifiques en matière de QVT sont surtout le fruit de recherches quantitatives et qualitatives dans le monde industriel occidental qui ont été réalisées par des sociologues, des psychologues et des administrateurs (Elyzur & Shye, 1990; Gifford et al, 2002; Goode, 1989; Loscocco & Roschelle, 1991; Martel & Dupuis, 2006). Au départ, la QVT a été examinée selon une perspective de productivité et de rentabilité dans les secteurs primaire et secondaire de l'économie des pays occidentaux industrialisés (Martel & Dupuis, 2006; Turcotte, 1988). Ce courant de pensée, axé sur une rationalité purement économique, s'est d'ailleurs amplifié dans le monde des affaires, négligeant toutefois les dimensions humaines, le contexte et la complexité dans lesquels œuvrent les travailleurs. Pour leur part, Gifford et al. (2002), Goode (1989) Loscocco et Roschelle (1991) ainsi que Turcotte (1988) affirment, au contraire, que le développement de programmes d'amélioration des conditions d'exercice et l'implication du personnel dans les prises de décisions représentent des éléments primordiaux de la QVT des employés. De la même façon, Martel et Dupuis (2006), Pruijt (2000) et Turcotte (1988) soutiennent que le profit en productivité est proportionnel au développement de la QVT des employés.

L'actualisation du concept de la QVT vient de ce qu'il a été associé aux organisations du travail du secteur tertiaire de l'économie dont font partie les services de soins de santé. En effet, entre les années '80 et '90, on adopte dans les études empiriques, une vision plus multidimensionnelle (physique, psychologique, sociale et culturelle) de la notion de QVT, s'appuyant sur la nature complexe du milieu de travail, quel que soit le contexte physique,

psychosocial, politique ou organisationnel (Elyzur & Shye, 1990; Martel & Dupuis, 2006; Turcotte, 1988). C'est ainsi qu'au fil des décennies, plusieurs auteurs ont défini la QVT dans le secteur industriel, mais sans atteindre de consensus. Premièrement, Elyzur et Shye (1990) définissent la QVT comme étant un haut niveau d'efficacité de la personne dans ses dimensions psychologique, physique, sociale et culturelle à travers les différentes formes d'interaction qu'a l'individu avec son environnement de travail. Pour leur part, Loscocco et Roschelle (1991) ainsi que Zeffane (1994) définissent la QVT par la satisfaction de la personne au travail. De son côté, Havlovic (1991) la voit comme une plus grande participation et un plus grand contrôle des travailleurs sur leur environnement de travail. Quant à Kierman et Knutson (1990), ils considèrent que la QVT doit tenir compte des besoins des employés oeuvrant à l'intérieur de l'entreprise. Dupuis et Martel (2004) soutiennent que la QVT, à un temps donné, correspond au niveau atteint par la personne dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés dans le cadre de son travail où la réduction de l'écart qui sépare l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie en général, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global sociétal.

Martel et Dupuis (2006) ont développé une échelle de mesure intitulée Inventaire systématique de la QVT (ISQVT) comme outil de diagnostic organisationnel pour mesurer cette variable auprès de plusieurs travailleurs québécois, incluant les gestionnaires. Pour ces auteurs, la QVT compte plusieurs éléments, soit : 1) la rémunération, 2) le cheminement professionnel, 3) l'horaire de travail, 4) le climat avec les collègues, 5) le climat avec les supérieurs, 6) les caractéristiques de l'environnement physique, 7) les facteurs qui influencent l'appréciation des tâches et 8) le soutien offert aux employés. L'étude de validation de cet instrument de mesure de la QVT s'inspire de travaux effectués sur la QVT et la qualité de vie en général (QVG) (Elyzur & Shye, 1990). Celui-ci a été testé auprès de 158 cadres d'une commission scolaire ainsi qu'auprès de 60 travailleurs de cinq entreprises qui ont été sollicités pour procéder à la validation. Les résultats (alpha de Cronbach) obtenus sont les suivants : cohérence interne globale de 0,87, cohérence des sous-échelles variant de 0,60 à 0,82 et stabilité temporelle de 0,84; la différence entre les versions française et anglaise de l'instrument de mesure est non significative ($p= 0,91$). De plus, sa sensibilité lui permet de

détecter des différences liées à des variables sociodémographiques et organisationnelles telles le sexe, le lieu de travail et le type d'établissement scolaire (Dupuis & Martel, 2004). Bien que cet instrument de mesure comporte des propriétés psychométriques intéressantes, il n'en demeure pas moins qu'il n'a pas été développé en tenant compte des spécificités de la discipline infirmière, de l'ASI et des caractéristiques propres au réseau de la santé.

Pour leur part, Kristensen (1999), Siegrest (1996) ainsi que Karasek et Theorell (1990) ont identifié, auprès de travailleurs de la santé ainsi que chez les infirmières, des dimensions psychosociales (cadre théorique) favorisant le bien-être et la QVT. Leurs études quantitatives portaient sur la santé et l'environnement psychosocial de travail et ont permis d'identifier six dimensions (demande psychologique, latitude décisionnelle, soutien social, reconnaissance, sens du travail, relation avec la clientèle et environnement physique) qui favorisent leur optimisation. Le groupe de recherche québécois RIPOST (Équipe de recherche sur les impacts psychologiques, socio-organisationnels du travail du CLSC de la Haute-Ville de Québec) a ajouté une septième dimension pour tenir compte de la relation d'aide aux employés et Mayrand Leclerc (2006) a complété ce cadre théorique par une huitième dimension associée à l'environnement physique et esthétique de travail.

Au Québec, Lanctôt (2011) a conduit une recherche mixte séquentielle exploratoire sur la QVG et la QVT auprès de personnes qui présentent des troubles mentaux graves en entreprises sociales. L'étude mixte effectuée en 2011 se compose en première phase d'une méthode qualitative phénoménologique descriptive (Colaizzi, 1978) à l'aide d'entrevues sans spécifier si elles étaient semi-dirigées ou non (n= 14). Elle est suivie d'une deuxième phase portant sur le développement et la validation d'un nouvel instrument de la QVT découlant des résultats qualitatifs combinés à d'autres outils de mesure (n= 20). Des explications sont présentées de manière détaillée sur la démarche utilisée pour le développement du questionnaire. Cette étude mixte se termine avec une troisième phase quantitative ayant pour objectif de mesurer la QVG, la QVT et l'estime de soi au travail auprès de 67 répondants ayant des problèmes de santé mentale dans trois entreprises. Les résultats qualitatifs révèlent deux thèmes généraux, soit 1) les caractéristiques intra et interpersonnelles et 2) les

caractéristiques structurelles et physiques (qui signifient la QVT). L'essence qui s'en dégage correspond à un sentiment d'être un bon travailleur. La chercheuse ne s'appuie toutefois pas sur des écrits scientifiques pour en discuter. De plus, bien qu'elle expose les critères de scientificité propres aux méthodes qualitatives de Whittemore, Chase et Mandel (2001), elle ne fait qu'un survol, sans expliquer en détail la démarche pour exercer de la rigueur tout au long du processus de la phase phénoménologique et ce, pour chacun des critères. Les résultats de la phase quantitative révèlent que la QVT s'avère stable sur le plan temporel ($r= 0,91$, $p < 0,001$) à deux semaines d'intervalle. Le score global du coefficient alpha de Cronbach se situe à 0,92. Pour la dimension des caractéristiques intra-interpersonnelles, le coefficient alpha est de 0,93 alors que pour la dimension des caractéristiques structurelles et physiques, le score est de 0,70. Les résultats suggèrent des corrélations positives entre les trois principales dimensions de la QVT et le maintien en emploi. Toutefois, seule la corrélation entre la dimension « caractéristiques structurelles et physiques » et la durée du maintien en emploi s'avère significativement corrélée avec un IC à 95 % ($r= 0,27$, $p= 0,02$) et le score moyen des dimensions varie entre 2,95 et 3,54 sur une échelle de Likert à cinq niveaux. Cependant, il faut interpréter les résultats avec prudence à cause du petit échantillonnage de travailleurs ($n= 67$). De ce fait, la chercheuse n'a pu procéder à une analyse factorielle pour examiner la robustesse de l'instrument, ce qu'elle a cependant reconnu comme étant une limite à son étude. Somme toute, la chercheuse n'a pas expliqué la pertinence et la justification quant à l'utilisation de la phénoménologique dans le cadre d'un devis mixte. Cette dernière n'a également pas spécifié le type de recherche selon les classifications des méthodologies mixtes. La prochaine section porte sur l'épistémologie de la QVT au sein de la discipline infirmière.

2.2.1 État des connaissances de la QVT au sein de la discipline infirmière

Sur le plan épistémologique en général, il existe une multitude de définitions de la QVT relatives à plusieurs disciplines, autres que les sciences infirmières. La plus récente fut définie par Martel et Dupuis (2006, p. 355) comme étant :

La qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond à un état atteint par l'individu dans sa poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie en général de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société.

Ces mêmes chercheurs, en matière de QVT, constatent que les auteurs ne s'accordent pas sur la définition du concept. Le manque de consensus sur la définition de la QVT s'avère également observé dans les écrits scientifiques à l'intérieur de la discipline infirmière. Présentées au Tableau I, à la page suivante (p. 20), plusieurs définitions de la QVT au sein de la discipline émanent d'études quantitatives, qualitatives et mixtes au sein de cette discipline, mais il appert qu'aucun consensus quant à la définition la plus appropriée pour qualifier la QVT des CGIPN n'a été jusqu'à maintenant atteint.

Tableau I

Synthèse des définitions du concept de la QVT en sciences infirmières (1992-2014)

Références	Définitions
Brooks et Anderson (2004)	C'est un construit qui vise à évaluer de façon satisfaisante le travail et les sentiments des employés en rapport à l'environnement de travail dans son ensemble.
Brooks et al. (2007)	Le degré auquel l'infirmière est en mesure de satisfaire ses besoins personnels à travers ses propres expériences au travail en vue d'atteindre les objectifs organisationnels.
Delmas et al. (2004)	La QVT se définit comme un phénomène multidimensionnel et complexe, lequel comprend les dimensions physique, psychologique, sociale et spirituelle de l'individu.
Hsu et Kernohan (2006)	La QVT est une manière de raisonner des personnes à l'égard des personnes, du travail et de l'organisation.
Lee, Dai, Park et McCreary (2013)	Constituée de multiples dimensions, la QVT influence significativement les sphères sociopersonnelle et socioprofessionnelle de l'infirmière et joue un rôle significatif sur leur intention ou non de quitter l'organisation.
Manojlovich et Laschinger (2007)	C'est la possibilité pour les infirmières d'assumer librement leur leadership dans un environnement de travail qui permet d'atteindre une satisfaction professionnelle dans tous les domaines de la pratique.
O'Brien-Pallas et Baumann (1992)	C'est l'influence des facteurs individuels, sociaux et organisationnels sur le contexte du travail des infirmières de même que sur les résultats de soins aux patients.
Nasl Saraji et Dargahi (2006)	C'est un programme qui vise à améliorer la satisfaction des employés.
Webster, Flint et Courtney (2009)	La QVT s'articule autour de deux sphères (personnelle et professionnelle) en vue d'assurer la rétention de personnel et un environnement de pratique satisfaisant.
Vagharseyyedin, Vanaki et Mohammadi (2011)	En sciences infirmières, la QVT se compose de perspectives multiples et s'avère être un phénomène subjectif qui influence la perception des sentiments à l'égard de l'espace de vie au travail.

Delmas et al. (2004) proposent une perspective salutogénique de la QVT. En d'autres mots, ils la définissent comme un phénomène multidimensionnel et complexe, lequel

comprend les dimensions physique, psychologique, sociale et spirituelle de l'individu. Ces mêmes auteurs ont effectué une étude quantitative, selon une perspective salutogénique, qui avait pour but d'élaborer un programme de renforcement de la hardiesse et d'évaluer ses effets sur la hardiesse elle-même, les stratégies de *coping*, le stress perçu et la QVT d'infirmières françaises. L'échantillon fut constitué à partir de la population accessible d'un hôpital du sud-ouest de la France. La randomisation de cet échantillon de 70 infirmières a permis la constitution des groupes expérimentaux et contrôles. Le programme était élaboré à partir des recommandations de Maddi et Kobasa (1984) et trois techniques furent retenues : le *focusing*, la reconstruction de situation et l'approche émotivo-rationnelle. Les instruments de mesure étaient les suivants : pour la hardiesse, l'échelle PVS II (Maddi, 1990) en traduction française (Kérouac & Duquette, 1992), pour le stress perçu, l'échelle NSS (Gray-Toft & Anderson, 1981) en traduction française (Duquette, Kérouac, Sandhu, & Saulnier, 1995), pour les stratégies de *coping*, l'échelle abrégée en langue française (Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, & Wright, 1995) du *Ways of Coping Questionnaire* (Lazarus & Folkman, 1984) et pour la QVT, l'échelle de Elyzur et Shye (1990) en traduction française (Delmas, Escobar, & Duquette, 2001). Les résultats montrent, aux trois temps de mesure postérieurs à l'intervention, que ce programme a permis de renforcer le niveau de hardiesse, les stratégies actives de *coping* et la QVT des infirmières, tout en diminuant l'intensité du stress perçu et les stratégies de fuite. Bien que les instruments utilisés dans le cadre de ces travaux aient été développés en langue française et contextualisés pour la pratique infirmière en France, une adaptation linguistique et contextuelle propre à la pratique des CGIPN devient tout à fait nécessaire pour son usage au Québec. Nonobstant le fait que ces outils de mesure soient valides, ils risquent d'être mal interprétés dans le cadre d'une étude québécoise car ils ont été développés uniquement pour la population d'infirmières soignantes pratiquant en France. De plus, ces instruments de mesure ne permettent pas de déterminer les facteurs favorables ou défavorables susceptibles d'avoir une influence sur la QVT des CGIPN. Ces constats justifient le développement de nouveaux outils de mesure afin d'identifier les facteurs contribuant ou non à la QVT, pour s'assurer que la terminologie soit bien comprise par les CGIPN œuvrant dans les établissements de santé au Québec et pour que les résultats obtenus s'appliquent spécifiquement à leur contexte de travail.

Prenant appui sur la philosophie du *Human caring* de Watson (1988), Gascon (2001) a réalisé une étude phénoménologique (Giorgi, 1997b) québécoise auprès de cinq infirmières œuvrant en milieu clinique et quatre thèmes ont émergé de sa recherche : 1) l'actualisation de leur potentiel, 2) la reconnaissance de leur compétence, 3) l'importance de la relation de *caring* dans leur environnement de travail et 4) le maintien des conditions de travail favorables. Pour les participantes à l'étude, l'essence de la QVT correspond à une harmonie entre les plans personnel, social, spirituel et professionnel, intégrant la philosophie du milieu de soins, le leadership du gestionnaire, les conditions de travail, l'autonomie professionnelle et les relations avec les pairs et les supérieurs. À l'instar de l'étude de Gascon (2001), l'étude phénoménologique de Brousseau (2006) a également utilisé la philosophie du *Human caring* (Watson, 1988, 2005) comme perspective disciplinaire. L'étude de Brousseau (2006) a fait ressortir huit thèmes circonscrivant la signification de la QVT d'infirmiers (n= 5) exerçant en milieu communautaire, soit : 1) l'autonomie dans la pratique professionnelle, 2) la satisfaction au travail, 3) l'environnement de travail sain, 4) les relations infirmiers-gestionnaires empreintes de soutien et de respect, 5) les relations de *caring* avec l'équipe interdisciplinaire, 6) le travail en partenariat avec les pairs féminins, 7) l'engagement envers les clients et leur famille et 8) l'équilibre entre les sphères professionnelle et familiale. De ces thèmes, émerge la signification de la QVT comme un climat de travail empreint de *caring* favorisant le maintien de l'harmonie entre les sphères professionnelle et familiale de même que leur épanouissement au travail. En résumé, l'ensemble des études dans la discipline infirmière tend à confirmer que la QVT constitue un phénomène complexe pluridimensionnel et qu'il faut prendre en compte le milieu de travail et l'expérience subjective des travailleurs de la santé. Enfin, on peut conclure que la QVT des CGIPN œuvrant dans les divers établissements de santé demeure peu connue.

2.3 Études quantitatives et qualitatives sur les cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau

La plupart des études empiriques (Allaire, 2006; Broughton, 2001; Everson-Bates, 1992; Gould et al., 2001; Jamal & Baba, 2000; Laschinger et al., 2004; Laschinger & Wong, 2007; Lee & Cummings, 2008; Mayrand Leclerc, 2006; Paliadelis et al., 2007; Shirey, 2006;

Villeneuve, 2005) recensées à propos des CGIPN confirment que la QVT de ces derniers semble avoir été examinée sous le seul angle de la satisfaction professionnelle et de l'environnement de travail. La revue de la littérature montre que des études quantitatives et qualitatives n'ont fait qu'effleurer le concept de la QVT auprès des CGIPN. En effet, les écrits scientifiques recensés à l'échelle internationale, dont au Canada et au Québec, font état d'une charge de travail trop élevée, de conflits de rôles (écart important entre le rôle prescrit et le rôle réel) (Bolduc & Baril-Gingras, 2010; Gagnon, Desjardins, & Chartier, 2009), d'un environnement de travail médiocre, d'une grande souffrance psychologique, d'un manque de pouvoir et de reconnaissance, du peu de soutien organisationnel et d'un stress très élevé créant de l'insatisfaction au travail. Dans la section suivante, une recension des études quantitatives est présentée.

En 2000, Jamal et Baba ont examiné le stress au travail et l'épuisement professionnel selon trois dimensions : l'épuisement en général (affectif, manque d'accomplissement et dépersonnalisation), la satisfaction au travail et les ennuis de santé psychosomatiques auprès de CGIPN (n= 67) et d'infirmières soignantes (n= 173). L'étude quantitative corrélationnelle canadienne (Pearson et régression multiple) a été menée à l'aide de deux instruments de mesure, soit celui de l'épuisement au travail (*Maslach Burnout Inventory Scale*) (Maslach & Jackson, 1981) et celui de la satisfaction au travail (*Hoppock's Job Satisfaction Measure Scale*) (McNichols, Stahl, & Manly, 1978), de type ordinal. Pour les CGIPN, les résultats révèlent une corrélation significative, mais modérée, entre le stress au travail, l'épuisement professionnel ($r= 0,25$, $p < 0,05$) et le manque d'accomplissement ($r= 0,26$, $p < ,05$). Il en ressort également que, pour eux, l'épuisement en général (émotions affectives et dépersonnalisation) est corrélé négativement avec la satisfaction au travail ($r= 0,31$, $p < 0,05$). De plus, les auteurs rapportent que la régression multiple n'appuyait que de façon marginale le rôle de genre (homme-femme) en tant qu'élément modérateur de la relation entre le stress et l'épuisement professionnel. Enfin, les auteurs de cette étude recommandent que les organisations mettent en place des conditions de travail favorables pour réduire le stress au travail et améliorer le mieux-être des CGIPN œuvrant en milieu de soins, mais sans toutefois faire référence à leur QVT.

Une large enquête pancanadienne (Laschinger & Wong, 2007) portant sur la structure et les impacts de la gestion infirmière dans dix hôpitaux, effectuée à l'aide d'un questionnaire auto-administré, avait pour but de décrire le profil de gestionnaires (cadres intermédiaires (n= 384), supérieurs (n= 66), CGIPN (n= 1,462) et d'examiner les effets de la structure, des processus et des résultats de santé sur leur satisfaction au travail. Les résultats démontrent que malgré un large éventail de rôles et responsabilités, il semble qu'en général, les gestionnaires en soins infirmiers (*first-line, middle et executive*) rapportent avoir un environnement de travail positif et se disent confiants d'assumer leur leadership sur les décisions relatives aux politiques des soins. Cependant, les CGIPN témoignent avoir une moins bonne QVT étant donné le type de structure organisationnelle, les facteurs de contingence, le peu d'*empowerment*, la difficulté à s'intégrer dans leurs fonctions et le peu de latitude décisionnelle en matière de soins offerts à la clientèle comparativement aux cadres intermédiaires et supérieurs infirmiers. Enfin, il en ressort également que la qualité de la communication (relations) et le niveau plus grand de satisfaction au travail des cadres intermédiaires et supérieurs ont un impact significatif sur ceux des CGIPN. Ces mêmes chercheuses soulignent l'importance de trouver des solutions innovantes pour améliorer le leadership des CGIPN et de rendre accessibles rapidement le mentorat-préceptorat et le développement du *coaching* auprès de ces derniers afin d'assurer une relève dans ce domaine et d'optimiser leur QVT. Bien que cette étude rapporte que les CGIPN ont une QVT médiocre, ces auteures n'ont pas spécifiquement identifié les facteurs qui influencent la QVT des CGIPN.

Récemment, Lee et Cummings (2008) ont réalisé une révision systématique de la littérature scientifique internationale sur les facteurs prédictifs qui influencent la satisfaction au travail des CGIPN. Ces auteures ont retenu des études quantitatives et qualitatives (1990-2006) issues de plusieurs bases de données (*ABI, Academic Search premier, CINHALL, EMBASE, ERIC, Health-STAR, Health source Nursing, Medline, Proquest Dissertations and Theses, PsychoINFO*) sans discrimination de langue ou du type de devis. Par la suite, ces chercheuses n'ont retenu que 14 études (12 devis quantitatifs, un devis mixte et un devis qualitatif). Elles ont conservé uniquement les études ayant mesuré la satisfaction au travail

afin d'assurer la qualité de la revue systématique des écrits et elles ont utilisé un outil d'évaluation de qualité sur la base de trois critères précis (fort-moderé-faible) (Cummings & Estabrooks, 2003; Estabrooks et al., 2001; Estabrooks, Floyd, Scott-Findlay, O'Leary, & Gushta, 2003; Wong & Cummings, 2007). Les résultats ont mis en évidence des relations significatives entre l'étendue de l'encadrement, *l'empowerment*, la formation continue, la participation aux prises de décisions, le soutien organisationnel et la satisfaction au travail. Cependant, l'analyse des articles retenus relève très peu de facteurs spécifiques pouvant augmenter l'efficacité actuelle du leadership infirmier, pas plus qu'elle ne retient d'interventions accentuant le développement de la QVT auprès de cette population. En accord avec ces chercheuses, la poursuite des recherches scientifiques sur le concept de la QVT auprès des CGIPN demeure primordiale pour dégager des solutions durables afin de retenir les effectifs cadres infirmiers actuels et de promouvoir des conditions nécessaires pour assurer une relève d'infirmières dans ce champ de pratique. Cette revue systématique a plutôt exploré le concept de la satisfaction au travail et non les facteurs susceptibles d'influer sur la QVT des CGIPN.

Villeneuve (2005) a réalisé une étude qualitative exploratoire sur l'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des CGIPN (infirmiers-chefs) dans trois hôpitaux québécois. Le devis qualitatif constructiviste incluait l'étude de six cas de CGIPN issus de l'urgence et d'unités de médecine de trois hôpitaux de courte durée selon trois types de structure organisationnelle (traditionnelle, par programme-clientèle et mixte). Une analyse croisée des données, en s'inspirant de méthodes propres à la théorisation ancrée (Strauss & Corbin, 1998), a également été réalisée. Les principaux résultats de cette recherche montrent que ce sont les facteurs organisationnels qui exercent une action prédominante sur l'exercice managérial sur les plans stratégique et fonctionnel, en l'occurrence les nouveaux rôles managériaux tels que la décentralisation des décisions et les relations que les CGIPN entretiennent avec les autres gestionnaires. Ils révèlent aussi l'importance d'avoir des pratiques de gestion (*coach*, mobilisateur, rassembleur, visionnaire) qui contribuent au repositionnement du travail managérial du cadre infirmier tout en soutenant les CGIPN dans leurs nouvelles responsabilités. Ce faisant, les CGIPN (*first-line et middle managers*) sont

alors considérés comme des membres influents de l'équipe de gestion et participent activement aux prises de décisions tant dans la structure traditionnelle que dans celle par programme-clientèle. Bien que les résultats qui émergent de cette étude soient riches d'informations, l'investigateur n'aborde pas le phénomène en termes de qualité de vie au travail et ne prend pas appui sur une perspective humaniste. De plus, la transférabilité de cette étude qualitative pourrait toutefois être limitée en lien avec le concept de la QVT.

Pour sa part, Allaire (2006), dans son étude qualitative basée sur la psychodynamique du travail auprès des CGIPN en centre hospitalier, confirme un manque d'habiletés politiques en gestion chez les CGIPN pour faire face au changement, ce qui entraîne une perte de crédibilité et un besoin de rétablir la confiance auprès du personnel. Les données obtenues montrent que les CGIPN ressentent un manque de pouvoir, de latitude décisionnelle et d'implication dans les prises de décisions concernant les changements. Les résultats de cette étude dévoilent une importante tension vécue par les gestionnaires infirmiers. Celle-ci est associée principalement à une surcharge de travail liée à la présence de contraintes telles que le manque de ressources matérielles, financières, administratives, informatiques et de personnel d'encadrement pouvant avoir des conséquences néfastes sur la QVT des CGIPN. Cependant, la confusion reliée aux rôles peut s'expliquer par le fait que la collecte des données ait eu lieu peu de temps après l'implantation du mode de gestion par programme-clientèle. Bien que l'échantillon et le contexte soient décrits en détail et que les résultats aient été analysés rigoureusement, ils ne présentent pas le phénomène sous une perspective humaniste de la gestion des soins infirmiers et l'auteure ne présente pas le niveau d'encadrement dans la description de son échantillon.

Au Québec, Mayrand Leclerc (2006) a conduit une étude de type qualitatif descriptif en utilisant la méthode Delphi pour étudier les perceptions et les stratégies visant à optimiser l'environnement psychosocial de travail auprès de gestionnaires infirmiers de premier niveau (n= 56) de centres hospitaliers de la région de Montréal. L'auteure s'appuie sur les cadres théoriques de Kristensen (1999), de Siegest (1996) ainsi que de Karasek et Theorell (1990). Cette recherche fut réalisée en deux étapes, la première étant l'analyse de rencontres focalisées (n= 28) faisant ressortir les perceptions psychosociales positives et négatives, les obstacles à

l'optimisation de l'environnement de travail et les conséquences néfastes sur le rôle des CGIPN, ce qui a permis d'identifier 38 stratégies pouvant favoriser leur milieu psychosocial de travail. La seconde étape consistait en une consultation de type Delphi effectuée auprès d'un échantillon de CGIPN qui a permis de dégager 12 nouvelles stratégies d'amélioration, pour un total de 50. L'étude décrit en détail la population et le contexte permettant une possibilité de transférabilité des résultats à d'autres milieux de soins dans la province, uniquement auprès du même type de fonction de gestionnaire, c'est-à-dire de premier niveau. En accord avec l'auteure, l'investigateur croit que les résultats de cette étude établissent des bases solides pour développer de futures innovations en promotion de conditions d'emploi saines et en QVT. Il est intéressant de noter que Mayrand Leclerc (2006) recommande d'ailleurs qu'une étude quantitative québécoise sur la QVT soit réalisée auprès de gestionnaires infirmiers.

Paliadelis (2006) a effectué une étude qualitative féministe auprès de 20 CGIPN australiens portant sur la vie au travail, en prenant appui sur la théorie de Kanter (1977). Les résultats révèlent que les CGIPN se disent victimes de violence horizontale et que cela peut, à long terme, avoir des impacts négatifs sur leur satisfaction au travail. Selon les données analysées, les participants à l'étude affirment ne pas ressentir de soutien formel de l'organisation dans l'actualisation du leadership, du pouvoir politique et stratégique, de la formation continue, ce qui entrave leur développement et l'*empowerment* professionnel en tant que cadres infirmiers. Il appert également que le fait de ne pas avoir d'espace de bureau personnel au travail réduit leur pouvoir d'influence vis-à-vis des employés. Ainsi, les employés perçoivent que la haute direction accorde peu d'importance à la fonction des CGIPN, ce qui a un impact direct sur la crédibilité de ces professionnels. Les participants de cette étude évoquent que cette situation engendre un immense malaise (sentiment d'oppression) parmi l'équipe de cadres infirmiers australiens, lequel se manifeste par des démissions, de la démotivation et du mécontentement à poursuivre une carrière dans ce domaine. C'est aussi ce qu'on a relevé lors d'entrevues réalisées dans le cadre d'une recherche à devis mixte conduite par Gould et al. (2001) auprès de 15 CGIPN visant à explorer leurs besoins en formation continue. Les auteurs de l'étude ne précisent pas l'atteinte de la

redondance des informations recueillies lors de la collecte. De plus, ils ne décrivent pas en détail les critères de scientificité sur lesquels ils se sont appuyés pour assurer la rigueur des étapes de leur étude. Cependant, le soutien organisationnel, la formation continue en cours d'emploi ainsi que le développement d'une culture organisationnelle apprenante et humaine ressortent comme étant les clés maîtresses pour améliorer la QVT des CGIPN, comme en témoignent les études citées précédemment.

Plus récemment, Shirey et al. (2013) ont effectué une étude qualitative descriptive auprès de 21 CGIPN sur la prise de décisions en gestion lors de situations de stress et sur la complexité au travail. L'étude fut réalisée dans trois hôpitaux américains en voie d'être certifiés magnétiques. Les résultats ont contribué à produire un modèle cognitif guidant les CGIPN dans la prise de décisions en gestion pour être en mesure d'affronter les situations stressantes au travail. Les résultats de cette étude suggèrent entre autres que l'exposition prolongée au stress affecte le processus de prise de décisions sur le plan cognitif et a des impacts négatifs directs sur les résultats de soins auprès de la clientèle et de l'organisation. Il appert que cette situation a aussi des effets néfastes sur la santé émotionnelle et cognitive des CGIPN (novices et experts). Il aurait été intéressant de mesurer la relation entre la santé émotionnelle et le stress au travail afin de déterminer les facteurs qui influencent la prise de décisions sur le plan cognitif. Les chercheuses ont utilisé plusieurs questions sur une période de deux heures dans le cadre d'une étude qualitative; ces questions ont pu influencer sur les propos exprimés par les participants à l'étude, ce qui peut avoir engendré certains biais (désirabilité sociale) sur le plan des résultats. La stratégie d'échantillonnage peut aussi avoir amené un biais de sélection en termes de transférabilité des données à d'autres populations similaires vivant les mêmes problèmes. Il y a peu d'informations sur les infirmières débutantes en gestion des soins (< 1 an d'expérience), ce qui aurait permis d'en connaître plus sur leur vécu au regard de la prise de décisions. Enfin, les chercheuses ne font qu'effleurer le phénomène de la QVT auprès des CGIPN et n'abordent pas les critères de scientificité de leur recherche.

Prenant appui sur le cadre théorique de Benner (1984/2001) (novice, débutant, compétent, performant et expert), Titzer et al. (2014) ont effectué une étude mixte (quasi-expérimentale (test/prétest/posttest) et qualitative) sur un modèle de la planification de la relève infirmière en gestion et les résultats empiriques de soins auprès de novices en gestion des soins. Les participants à l'étude soutiennent que la participation à un programme de leadership et de gestion leur permet d'acquérir des compétences en gestion des soins infirmiers. Il convient de dire qu'un tel programme de leadership authentique s'avère bénéfique pour assurer la transition d'un rôle de soignant à un rôle de gestionnaire. Les résultats quantitatifs de l'étude mixte indiquent que 100 % des participants estiment que le programme d'évaluation a pour effet de fidéliser les novices en gestion alors que 73 % se sentent *coachés* et mentorés dans leur nouvelle fonction de gestion. Les analyses statistiques de l'outil de mesure avec une échelle de Likert à cinq niveaux du *Leadership Practices Inventory (LPI)*, du *Nursing Leadership Development Program Satisfaction Survey (NLDPSS)* et du *Nurse Manager Skills Inventory (NMSI)* montrent que la perception des participants ayant reçu la formation au programme s'avère corrélée de façon significative pour les cinq domaines du leadership ($p < 0,05$). Le score se situe entre 73 % et 91 %. Quant aux résultats qualitatifs, ceux-ci révèlent que le programme favorise le mentorat et le *coaching* entre pairs CGIPN et procure des outils pour exercer leur fonction de gestion. Cependant, ils jugent le temps de mentorat et de *coaching* trop court. Ils soutiennent que les organisations doivent donner plus de temps de groupes de discussion et d'échanges pour la réflexion en résolution de problèmes entre collègues. Ces mêmes participants affirment que le programme structuré facilite la transition du rôle d'infirmière soignante à gestionnaire en soins. Bien que les résultats de l'étude apportent des éléments novateurs pour faciliter l'entrée en fonction des infirmières novices en gestion, rien ne fait état de la QVT de ces dernières et les auteures n'abordent pas les limites de l'étude. De plus, il n'existe pas de données quant à deux des instruments de mesure utilisés dans l'étude relativement à la précision du questionnaire du *NLDPSS* et du *NMSI*. Alors que les données statistiques indiquent que plus de 20 % des hommes œuvrent en gestion au sein de la profession (OIIQ, 2014), l'échantillon était composé uniquement de femmes. Cet élément manquant aurait pu fournir des données supplémentaires quant aux besoins des hommes en matière de formation sur le leadership en gestion.

En terminant, l'étude qualitative de Keys (2014) auprès de la population de CGIPN (n=16) de la génération X a permis d'explorer les éléments clés du succès professionnel ainsi que l'engagement professionnel et personnel. La chercheuse a effectué des entrevues téléphoniques à l'aide d'un guide d'entretien comportant 13 questions ouvertes. Les résultats obtenus énoncent que les CGIPN, dans ce cas-ci des femmes, ont soulevé qu'il existe plusieurs barrières au succès professionnel et à l'engagement en gestion des soins infirmiers. Elles affirment percevoir peu de reconnaissance et peu de rétroaction de la part des cadres supérieurs. Elles éprouvent des difficultés dans la transition d'infirmières soignantes à un poste de gestion en soins infirmiers. Elles ont l'impression d'être stéréotypées à cause des valeurs de la génération X et de celles de la génération des Babyboomers. Ces difficultés se manifestent par le peu de mentorat et de *coaching* de la part des experts en gestion. De plus, les participantes à cette étude soulignent ne pas être bien préparées dans leur nouveau rôle et que l'environnement de travail n'est pas propice à la création et à l'innovation en gestion. Elles souhaiteraient avoir l'occasion de travailler de la maison afin de planifier les changements organisationnels et élaborer des projets cliniques. Cette flexibilité des horaires ne semble pas être au rendez-vous. Les résultats de l'étude apportent des éléments novateurs sur l'importance de bien préparer la relève infirmière en gestion des soins, sans toutefois aborder le phénomène de la QVT. En plus du nombre de questions élevé pour une étude qualitative, les entrevues individuelles téléphoniques peuvent également passer outre certaines données qui auraient pu être traitées dans un journal de bord. La chercheuse ne fait pas mention de l'utilisation de mémos ou de notes personnelles dans la collecte des données et ne tient pas compte des infirmiers dans son échantillonnage, ce qui aurait permis d'obtenir le point de vue des hommes pratiquant en gestion des soins. De plus, l'étude ne fait pas mention des critères de rigueur pour assurer la qualité des données.

2.3.1 Conclusion de la recension des écrits

En résumé, les études scientifiques recensées ayant exploré la QVT ont uniquement été conduites auprès d'infirmières et d'infirmiers soignants. Pour ce qui est des questionnaires infirmiers, les études quantitatives et qualitatives consultées portent davantage sur l'environnement du travail, l'épuisement professionnel, la satisfaction au travail et le soutien

organisationnel à l'égard des CGIPN. Qui plus est, aucune des études recensées n'a exploré les problématiques de la QVT des CGIPN selon une perspective humaniste. Parmi les études empiriques recensées sur ces derniers, il n'y a pas de mise en commun des méthodes de recherche. En effet, celles-ci abordent uniquement les problèmes des CGIPN de manière isolée, en utilisant l'une ou l'autre des deux approches de recherche (quantitative ou qualitative). La plupart de ces recherches ont surtout étudié les concepts voisins et les dimensions qui apparaissent associées au concept de la QVT, sans toutefois explorer directement ledit phénomène dans son ensemble auprès de cette population (CGIPN). Ce faisant, l'état actuel des connaissances tend à justifier l'objet du présent projet de recherche mixte proposé. De plus, le développement d'outils de mesure psychométriques valides, fidèles et contextualisés à l'expérience vécue de cette population dans le réseau de la santé québécois devient une nécessité pour explorer ce phénomène (Table sectorielle nationale des RUIS en soins infirmiers [TSN-RUIS], 2010). Enfin, la perspective humaniste du *Human caring* de Watson (2008a, 2008b, 2012) s'avère une avenue privilégiée pour approfondir la QVT d'un point de vue humaniste afin de cerner la signification de la QVT et les facteurs qui peuvent favoriser ou non le concept de la QVT chez les CGIPN œuvrant dans divers établissements publics de santé. La section suivante présente la perspective disciplinaire et le cadre de référence de la QVT utilisés pour la présente recherche.

2.4 Perspective disciplinaire et cadre de référence

2.4.1 Philosophie humaniste du caring de Watson

La philosophie du *Human caring* (Watson, 2008a, 2008b, 2009a, 2009b, 2012), issue des sciences infirmières, sera utilisée comme perspective disciplinaire de la présente recherche doctorale car elle est sans contredit appropriée à l'étude de la signification expérientielle et de l'analyse des facteurs qui influencent la QVT des CGIPN en établissements de santé. La philosophie du *Human caring* a été développée entre 1975 et 1979 et se situe, selon Pepin, Kérouac et Ducharme (2010), dans le paradigme de la transformation. Pour développer cette philosophie, Watson s'est inspirée de plusieurs penseurs (Gadow, Heidegger, Hegel, Husserl, Kierkegaard et Rogers) ainsi que d'expériences empiriques, jumelées à des réflexions

philosophiques, intellectuelles et expérientielles. Selon Watson (2008a, 2008b, 2012), le *caring* constitue un processus intersubjectif humain s'appuyant sur un idéal moral dont l'objectif ultime est le respect, la dignité de la personne et la préservation de l'humanité. Watson (1988, 2008a, 2008b, 2012) souligne que la contribution de la personne aux soins de santé est déterminée par la capacité des infirmières à traduire cet idéal moral dans leur pratique quotidienne. Le *caring* nécessite un engagement « *esprit-corps-âme* » avec une autre personne, à un moment spécifique de la relation interpersonnelle (Watson, 1988, 2001, 2005, 2006a). Cette harmonie entre les trois sphères engendre le respect, une meilleure connaissance de soi et une autoguérison (Watson, 2008a, 2008b, 2012). Watson (1988, 2001, 2005, 2006a, 2008b, 2011, 2012) fait aussi référence au concept de relation transpersonnelle de *caring* qui amène, dans le cas qui nous intéresse, le CGIPN à aider ses employés, à percevoir leur condition humaine ainsi qu'à partager, dans la dignité, les sentiments et les pensées qu'ils veulent lui exprimer. Transposée à l'administration, la relation transpersonnelle peut permettre au cadre supérieur (directeur des soins infirmiers) d'accompagner le CGIPN, d'être avec lui et de l'aider à mieux décrire et comprendre l'expérience de sa QVT, contribuant ainsi à son état de bien-être. Ainsi, le cadre supérieur est alors vu comme coparticipant au processus de soins humains à l'égard du CGIPN (Cara, 2008a). Cara (2003a, 2003b) et Watson (1988, 2005, 2006b, 2008b, 2012) soutiennent que la relation transpersonnelle de *caring* constitue l'essence même de la discipline infirmière. Ainsi, l'intégration des quatre concepts centraux de la philosophie du *Human caring* de Watson (2006b, 2008b, 2012) et les dix facteurs caratifs apportent un regard nouveau sur le vécu expérientiel de la QVT des CGIPN et sur la façon dont ils perçoivent leur QVT. En ce sens, cette philosophie a pu offrir une perspective disciplinaire hautement pertinente pour explorer qualitativement et quantitativement la QVT auprès des CGIPN travaillant dans divers établissements de santé. Les prochaines sections abordent en détail ces éléments.

2.4.2 Concepts centraux selon la philosophie humaniste de Watson (2008b, 2012).

2.4.2.1 Vision de l'environnement

Cette vision renvoie à la nature de l'environnement qui correspond aux réalités qui s'influencent mutuellement et représente autant toutes les forces de l'univers que

l'environnement immédiat de la personne, tout en préservant la dignité, l'intégralité et l'intégrité humaines. L'environnement réfère à la perception, la subjectivité, la spiritualité et fait appel à la politique, à l'éducation, au milieu de vie et à l'univers de la personne (CGIPN). Le contexte est en interrelation continue et mutuelle avec la personne. Les personnes doivent s'ajuster aux différentes forces politiques, sociales, économiques et technologiques qui influencent constamment leur environnement externe, en plus de vivre plusieurs changements organisationnels susceptibles d'altérer les modes de pratique en gestion, ce qui peut engendrer une dissonance entre leurs valeurs personnelles et professionnelles ainsi qu'une pression énorme provenant des décisions bureaucratiques du gouvernement.

2.4.2.2 Vision de la personne

Pour Watson (2008a, 2008b), la personne correspond à un « *être-dans-le-monde* ». Ainsi, la personne humaine (le CGIPN) s'avère un être unique qui perçoit, vit des expériences et est en continuité dans le temps et l'espace. Il s'agit d'un tout, d'un ensemble indivisible, unique et en devenir, agissant avec ses choix, ses valeurs et ses croyances, ce qui lui procure un potentiel illimité. L'« *être-dans-le-monde* » se définit comme ayant un corps-âme-esprit indissociable. Pour Watson (1988, 2008a, 2008b), l'âme est reliée à un degré de conscience plus élevé, à une force intérieure et au pouvoir qui permet à la personne d'accéder pleinement aux expériences intuitives en transcendant le moment présent afin de s'actualiser. L'esprit correspond aux dimensions cognitives (émotions, pensée intellectuelle, sentiments) et le corps aux dimensions s physique et physiologique de la personne (Watson, 1988). Ainsi, le cadre supérieur adoptant cette vision de la personne est appelé à reconnaître l'unicité du CGIPN, la réalité subjective de celui-ci et de faire en sorte qu'il puisse se réaliser au sein de l'équipe de gestion. Par conséquent, le CGIPN se place en relation de réciprocité avec les pairs tout en étant en interaction avec son environnement de travail, ce qui lui permet ainsi de promouvoir sa QVT.

2.4.2.3 Vision de la santé

La santé réfère à une démarche dynamique continue et à une expérience subjective (Watson, 2008b), en ce sens que la santé des CGIPN dans le réseau sociosanitaire représente

une valeur intrinsèque à leur QVT. Elle est associée au degré de cohérence entre le soi perçu et le soi vécu. Du même coup, cette harmonie engendre un respect de soi, une connaissance de soi et sa propre autoguérison (Watson, 2008b). Ainsi, la santé correspond aussi à un processus dynamique et continu dans lequel la personne (CGIPN) aspire à un haut niveau d'harmonie corps-âme-esprit qui favorise un bien-être et une QVT et ce, afin de prévenir toute souffrance ou détresse émotionnelle des personnes au sein des organisations sociosanitaires.

2.4.2.4 Vision du soin

Considérant l'absence de processus de «caritas administratif», l'utilisation des facteurs caratifs (FC) issus du *Human caring* de Watson (2008b, 2012) fut privilégiée dans la présente étude par rapport au processus de caritas clinique (Sitzman & Watson, 2014). Pour cette raison, l'investigateur juge que les FC apparaissent plus appropriés pour étudier le phénomène de la QVT car ils peuvent être appliqués en administration des services infirmiers. Pour Watson (2008a, 2012), la nature du soin survient à l'intérieur d'une relation de *caring*. C'est en portant assistance à ses collègues, au patient, à son personnel que le CGIPN est en mesure d'atteindre une harmonie plus grande de l'esprit, du corps et de l'âme, de façon à promouvoir sa perception de soi, son estime de soi et sa guérison (Watson, 2008b). Le soin se réalise à travers un processus de facteurs caratifs (voir Figure 1, page 36) et une transaction intersubjective de *caring* (humain-à-humain) (Cara, 2003a, 2003b; Watson, 2005, 2008b, 2012), ce qui permet d'accompagner la personne (CGIPN) à trouver une signification à son existence, à sa dysharmonie et à sa souffrance afin qu'elle puisse améliorer sa QVT. L'expression du *caring* ne se fait qu'à l'intérieur d'une relation transpersonnelle (Cara, 1997, 2003a, 2003b; Duquette & Cara, 2000; Watson, 1988, 2008b, 2012). En s'inspirant des travaux de Watson, le cadre de niveau supérieur favorise la participation des CGIPN aux décisions, reconnaît le travail bien fait et encourage la créativité tout en favorisant l'esprit d'équipe (Cara, 1997, 1999; Cara et al., 2011; Nyberg, 1998; Sherwood, 2003; Turkel, 2003). Finalement, il nous semble que ceci pourrait éventuellement favoriser le développement et le maintien d'une QVT des CGIPN en plus de les encourager à engendrer un meilleur encadrement clinico-administratif à l'égard du personnel et ainsi assurer une prestation de soins sécuritaires et de qualité à la clientèle.

En outre, cette approche altruiste, humaniste et phénoménologique-existentielle s'inspire principalement de l'ontologie de l'expérience vécue (Cara, 1997, 1999, 2004; Watson, 1999). Elle favorise l'exploration de la compréhension de l'expérience telle que vécue par la personne, l'incitant à exprimer sa propre signification et l'amenant à lui donner un sens (Watson, 2008a, 2008b). En d'autres mots, il s'agit d'un processus humain relationnel qui vise la compréhension d'un phénomène auprès des personnes pour ainsi offrir des solutions à partir de la cocréation de leur signification telle que perçue et vécue par celles-ci (Cara, 1997, 2003a, 2008a, 2008b). Pour plusieurs auteures (Cara, 1997, 1999, 2003a, 2003b; Cara & O'Reilly, 2008; Finfgeld-Connet, 2008; Nyberg, 1998; Watson, 2008a, 2008b, 2009a), la perspective du *caring* est toujours, à divers degrés, associée à un phénomène relationnel que plusieurs de ces mêmes auteures considèrent comme étant l'essence même de la discipline infirmière. À l'instar de Cara (1997) et de Minnar (2002), les facteurs caratifs (FC) peuvent être appliqués et servir de toile de fond en administration des services infirmiers. En les transposant dans le contexte de l'administration des services infirmiers, ils représentent un idéal moral qui constitue la base d'une relation de *caring* d'humain-humain entre le CGIPN, son personnel soignant et ses collègues de travail. Pour le CGIPN, il s'agit d'un engagement ancré dans des valeurs humanistes qui implique de sa part, un savoir, un savoir-être et un savoir-faire inhérents à sa fonction (Cara, 2008b). En accord avec Minnar (2002, p. 36), « les attitudes et comportements de *caring* ne se transmettent pas de génération en génération par les gènes, mais plutôt à travers la mise en place d'une culture administrative empreinte de la philosophie du *Human caring* au sein de l'équipe de gestion. »

De plus, l'applicabilité des FC (voir Figure 1, p. 36) repose sur le fait que ceux-ci deviennent des points d'ancrage pour guider la pratique en administration des services infirmiers de même que pour la prise de décisions au sein de l'organisation. Toutefois, en accord avec Cara (1997), l'investigateur demeure convaincu que les dix FC doivent évoluer vers l'élaboration de « *Caritas administratifs* », ceux-ci devant servir d'éléments de référence philosophique, théorique et pratique en gestion, tout en tenant compte des postulats du *caring*, en harmonie avec les fondements de l'administration des services infirmiers.

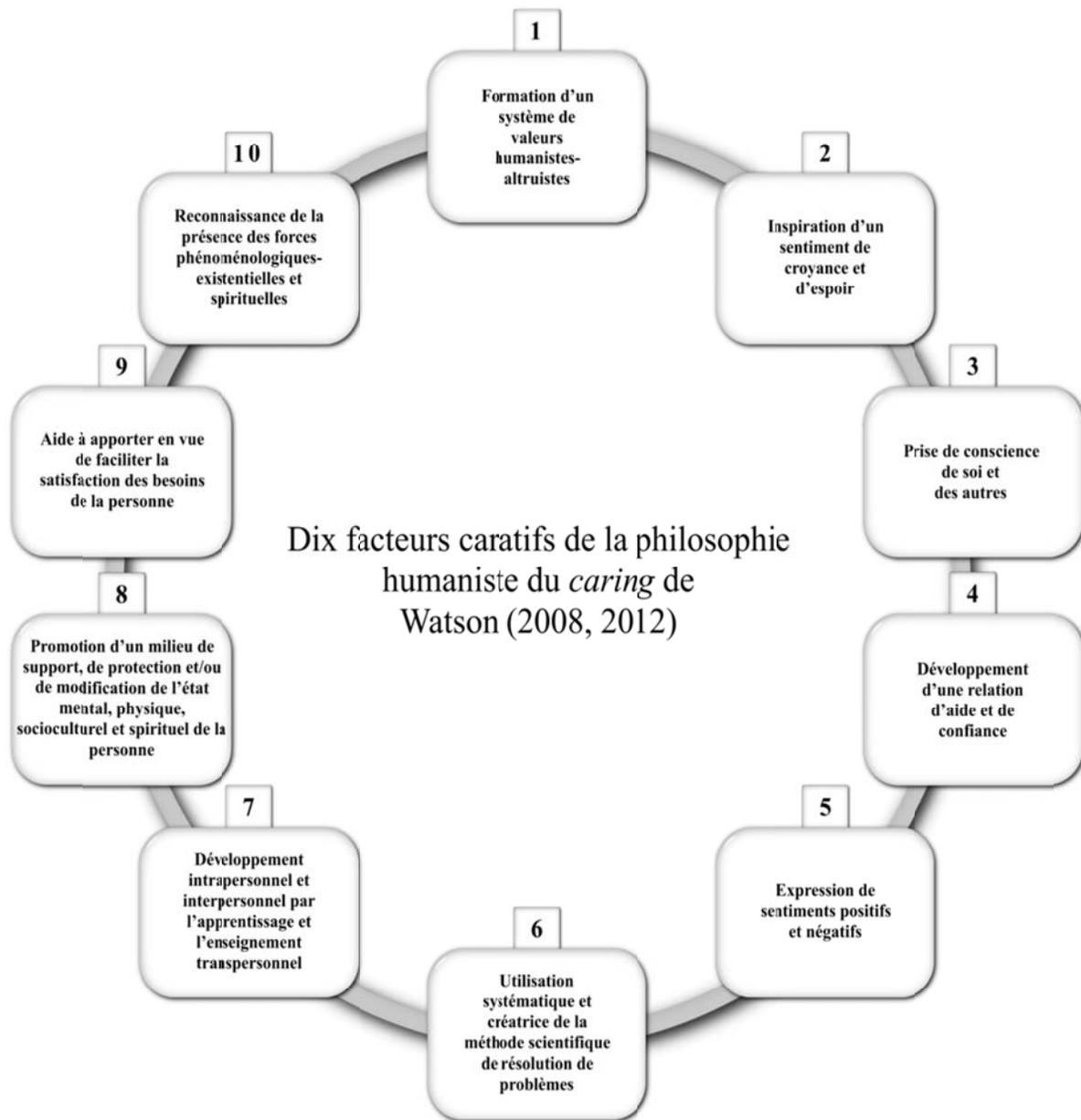


Figure 1 Facteurs caratifs de la philosophie humaniste de Watson et traduits par Cara (2003b).

Les trois premiers facteurs caratifs servent de toile de fond philosophique au *Human caring* alors que les sept autres constituent la base scientifique sur laquelle s'appuie cette approche pour définir et guider la pratique infirmière et l'ASI (Cara, 2003b, 2004; Watson,

2006b, 2008b). Ainsi, ces facteurs caratifs demeurent une assise solide et très appropriée pour comprendre et explorer le phénomène de la QVT. Watson (1988, 2008b, 2012) et Cara (1997, 1999) privilégient la méthode phénoménologique pour la recherche touchant les différentes sphères de la discipline infirmière dans la mesure où elle aide à décrire et à comprendre la signification en vue d'atteindre l'essence du phénomène à l'étude.

2.5 Cadre de référence de la qualité de vie au travail

Comme il n'existe pas de cadre théorique de la QVT spécifique aux CGIPN dans la revue des écrits, l'investigateur s'est appuyé sur celui développé pour les infirmières soignantes (O'Brien-Pallas & Baumann, 1992) tel que présenté à la Figure 2.

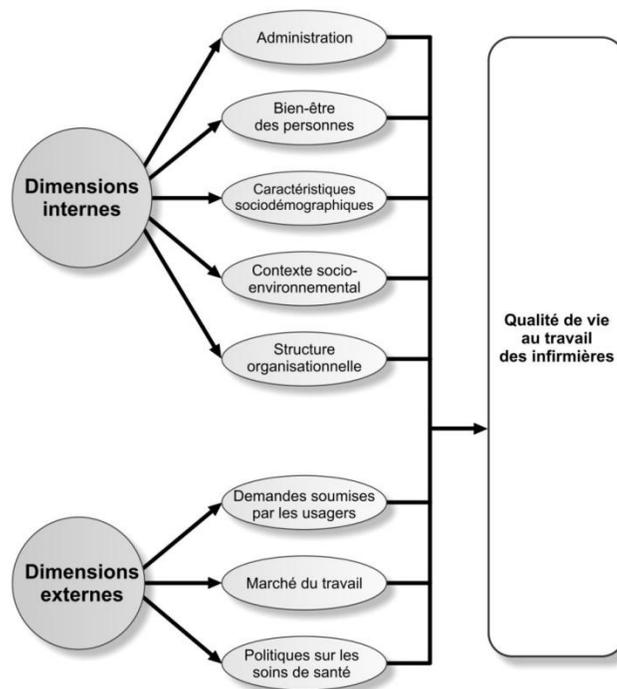


Figure 2 Schéma de la qualité de vie au travail des infirmières soignantes développé par O'Brien-Pallas et Baumann (1992).

Ces chercheuses désiraient établir des rapprochements entre l'environnement de travail des infirmières, leur expérience et les caractéristiques du système de santé, et pour ce faire,

elles ont distingué les facteurs internes et externes (variables) de la QVT. Notons que ce modèle correspond uniquement aux dimensions de travail des infirmières soignantes et nécessiterait des adaptations pour tenir compte des particularités propres aux CGIPN. Ce faisant, le modèle illustré à la Figure 2 (p. 37) a été retenu comme cadre de référence en sciences infirmières pour la présente recherche.

Ce cadre de référence développé par O'Brien-Pallas et Baumman (1992) a permis d'explorer la signification expérientielle dans la première phase (qualitative phénoménologique) et de compléter les variables spécifiques aux vécus décrits par les CGIPN. Combinées aux résultats qualitatifs obtenus, certaines dimensions qui émanent du cadre de référence sur la QVT ont servi à l'élaboration du questionnaire dans le cadre de la seconde phase de la présente recherche. Une description détaillée des dimensions (internes et externes) est présentée en Annexe A.

La prochaine section expose les différentes phases de la recherche mixte séquentielle exploratoire qui a servi à répondre aux cinq objectifs et aux quatre questions de recherche.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre, qui se divise en trois parties, expose une description de la méthodologie mixte séquentielle exploratoire qui a été préconisée dans le cadre de cette recherche doctorale. L'investigateur a utilisé ce type de devis pour répondre aux objectifs et questions de recherche. La première partie porte sur les origines des approches mixtes en recherche, sur les raisons justifiant son utilisation et sur la position épistémo-ontologique de l'investigateur. La deuxième partie présente de façon détaillée les trois phases de la recherche comprenant la méthode phénoménologique, les critères de scientificité, la procédure du construit et de la validation de l'instrument de mesure provenant des données qualitatives et la méthode d'investigation quantitative descriptive corrélacionnelle comprenant les critères de qualité. Dans la troisième partie, on termine avec les considérations éthiques pour chacune des trois phases.

3.1 Origines des approches mixtes en recherche

Au cours de la dernière décennie, plusieurs chercheurs émanant des recherches sociales ont défini et utilisé les méthodologies mixtes pour explorer et examiner des phénomènes complexes (Tashakkori & Teddlie, 2003). La présente recherche utilise la définition telle que décrite par Creswell et Plano Clark (2007/2011) et représente le contexte actuel des recherches mixtes :

Les méthodes mixtes sont des devis de recherche avec des assises philosophiques comme les autres types de méthodes d'enquête. À titre de méthodologie, elle implique des principes philosophiques qui guident la démarche de la collecte et de l'analyse des données en combinant diverses méthodes (qualitatives et quantitatives) à l'intérieur de plusieurs phases d'une recherche. Les méthodologies mixtes mettent l'accent sur la collecte et l'analyse en mixant les données qualitatives et quantitatives au sein d'une seule recherche ou de séries de recherche. Sa prémisse fondamentale réside dans le fait que la combinaison des approches (qualitative et quantitative) fournit une meilleure compréhension des phénomènes complexes que l'utilisation d'une seule méthode de recherche. [Traduction libre] (Creswell & Plano Clark, 2007, p. 5).

3.2 Assises philosophiques et le contexte historique des méthodologies mixtes en recherche

Avant de décrire la posture épistémo-ontologique et la méthode d'investigation privilégiée par l'investigateur, ce dernier a jugé bon de faire un rappel du contexte historique et philosophique des différentes périodes à partir desquelles les méthodes mixtes ont évolué au cours des cinq dernières décennies et comment elles se sont taillées une place dans le monde de la recherche. À l'instar de Bourgault, Gallagher, Michaud et Saint-Cyr-Tribble (2010) ainsi que de Creswell et Plano Clark (2007/2011), il s'avère primordial de faire un survol des fondements philosophiques qui sous-tendent les approches mixtes en recherche dès le début d'un devis de recherche, dont le pragmatisme. La prochaine section présente les différentes périodes : a) le positivisme et le constructivisme, b) la période formative, c) les débats paradigmatiques et d) la période correspondant aux procédures d'implantation des approches mixtes en recherche.

3.2.1 Positivisme vs constructivisme

Selon Creswell et Plano Clark (2007/2011), la période entre le 19^e siècle et le début du 20^e siècle était dominée par la logique du positivisme selon laquelle les phénomènes faisaient l'objet d'une vision objective et prédictive sous forme de collecte et d'analyse de données statistiques. Les tenants de l'ère du positivisme argumentent que pour avoir une vision objective des situations, l'investigateur doit se distancer lorsqu'il observe des phénomènes. Au cours de ce siècle, ils croient que les phénomènes sociaux existent indépendamment des valeurs du chercheur et que cela rend la généralisation possible malgré le contexte dans lequel

les problèmes surviennent. Pour le positiviste, il n'existe qu'une réalité objective face à un problème (logique déductive). Ce n'est qu'au début des années 1900 que les chercheurs dans le domaine des sciences sociales ont commencé à remettre en question les préceptes du positivisme. Ils ont commencé à s'interroger sur l'utilisation exclusive d'une méthode scientifique d'investigation pour étudier les problèmes sociaux. Creswell et Plano Clark, chercheurs constructivistes, soutiennent qu'il n'existe pas qu'une seule réalité objective pour examiner les phénomènes sociaux (logique inductive). Ils affirment que les généralisations ne peuvent être possibles que dans les sciences de la physique, lorsque les chercheurs doivent gérer des variables indépendamment de l'être humain.

3.2.2 Pragmatisme

Durant les années '50 et '60, les chercheurs postpositivistes conçoivent l'existence de multiples réalités dans les sciences sociales et la recherche se trouve influencée par les valeurs du chercheur. Durant cette même période sont apparus les tenants du pragmatisme qui ont commencé à défendre la mixité des méthodes quantitative et qualitative (Creswell, 2009/2014). En défendant l'utilisation des forces de chaque méthode et des deux paradigmes, les tenants du pragmatisme fournissaient une compréhension beaucoup plus complète des phénomènes sociaux et de l'éducation. Les pragmatistes soutenaient l'idée que bien qu'il existe une réalité objective, il n'en demeure pas moins que la pensée humaine s'avère incapable d'une telle objectivité, objectivité requise pour découvrir la réalité. C'est à ce moment qu'ils proposent de combiner les deux logiques (déductive et inductive) et d'ainsi valoriser l'objectivité et la subjectivité pour étudier les phénomènes. Cependant, les puristes spécifiques à chacune des approches (quantitative et qualitative) argumentent à l'effet que l'on ne doit jamais combiner deux approches pour des questions paradigmatiques et parce que les méthodes sont incompatibles l'une par rapport à l'autre. De leur côté, les pères fondateurs du pragmatisme tels que Pierce, James, Dewey, Mead et Cherryholmes soutiennent qu'au contraire, les méthodes ne peuvent être mutuellement exclusives : certains valorisent la nature générale de la recherche qualitative par rapport à la nature plutôt déductive de la recherche quantitative (Creswell & Plano Clark, 2007/2011). Ces auteurs affirment que, selon le sujet, le

contexte et la question de recherche, il s'avère possible de reconnaître l'aspect universel, situationnel et général pour conduire une recherche mixte.

3.2.3 Période formative (1959-1979)

À la fin des années '50, la communauté scientifique des sciences sociales commençait à être réceptive à l'idée d'utiliser les méthodologies mixtes, notamment les méthodes quantitatives, dans le seul but de trianguler les données. Les chercheurs valorisaient l'utilisation de multiples méthodes pour examiner les phénomènes en contrebalançant les forces et les limites des approches qualitative et quantitative (Creswell, 2009/2014; Creswell & Plano Clark, 2007/2011). Ces auteurs affirment que ce sont les chercheurs Campbell et Fiske (1959) qui ont introduit l'idée d'utiliser les multiples méthodes (quantitatives) en recherche comme source de triangulation. Ce n'est qu'à la fin de la période formative (fin des années '70) que les chercheurs ont commencé à combiner les questionnaires et les entrevues ouvrant la porte à la mixité des méthodes qualitatives et quantitatives en recherche.

3.2.4 Période de débat des paradigmes (1985-1997)

Au milieu des années '80 et '90, les chercheurs poursuivent leurs réflexions à savoir laquelle des données qualitatives et quantitatives devrait faire l'objet de mixité en recherche (Creswell & Plano Clark, 2007/2011). Toutefois, plusieurs chercheurs puristes en recherche qualitative jugeaient que la combinaison des deux méthodes était incompatible à cause de la vision paradigmatique spécifique à chacune des approches (Rossman & Wilson, 1985). Ces auteurs réfèrent aux chercheurs qui croyaient que les deux méthodes étaient incompatibles (puristes), à ceux qui adaptaient leurs méthodes aux différentes situations (situationnistes) et à ceux qui croyaient que les problèmes pouvaient être examinés sous différentes perspectives (pragmatistes). Les chercheurs pragmatistes tels que Bryman (1988), Greene et Caracelli (1997) ont mis au défi la notion d'incompatibilité, suggérant la combinaison des deux paradigmes de recherche et mettant de la pression sur les chercheurs pour qu'ils conduisent les recherches au-delà du débat paradigmatique pour mieux découvrir de nouvelles connaissances.

3.2.5 Période de la procédure d'implantation (1989-2000)

Durant les années '80 et '90, Creswell et Plano Clark (2007/2011) affirment, dans leurs travaux, que les chercheurs commençaient à définir les différents types de méthodologies mixtes et à décrire le déroulement pour conduire à bien une recherche de type mixte. Par exemple, dans le domaine des sciences infirmières, la chercheuse Morse (1991) collectait et présentait simultanément et séquentiellement les données qualitatives et quantitatives de ses recherches. Les données étaient complémentaires les unes par rapport aux autres, dépendamment des étapes de la recherche. C'est à ce moment, à la fin des années '90, que la triangulation séquentielle des résultats fut utilisée pour planifier la prochaine méthode de recherche dans le cadre d'une recherche mixte.

3.2.6 Période des méthodologies mixtes en recherche (2003 à ce jour)

Au début du 21^e siècle, les méthodologies mixtes en recherche font leur apparition de façon exponentielle dans les différentes disciplines, notamment en sciences infirmières (Bourgault et al., 2010) et en sciences sociales (Creswell & Plano Clark, 2007/2011). Les chercheurs en méthodologies mixtes argumentent que la communauté scientifique doit les défendre et reconnaître les méthodologies mixtes comme une troisième approche au même titre que les méthodologies qualitatives et quantitatives (Creswell & Plano Clark, 2007/2011; Tashakkori & Teddlie, 2003). Ces mêmes auteurs soutiennent que les méthodologies mixtes s'avèrent progressivement perçues comme une approche de recherche à part entière au même titre que les recherches traditionnelles. À ce sujet, Creswell (2009/2014), dans son ouvrage, reconnaît les méthodologies qualitatives, quantitatives et mixtes comme trois stratégies de recherche distinctes. En terminant, il convient de mentionner que plusieurs chercheurs d'autres disciplines (ex : musique, éducation) affirment haut et fort que leurs recherches ne sont pas guidées par la philosophie paradigmatique, mais visent plutôt à répondre aux buts et questions de recherche afin de découvrir de nouvelles connaissances qui serviront à résoudre des phénomènes complexes (Creswell & Plano Clark, 2007/2011; Halcomb & Andrew, 2009; O'Cathain, Murphy, & Nicholl, 2007; Tashakkori & Teddlie, 2003). La prochaine section présente les raisons qui justifient la réalisation d'une recherche mixte.

3.3 Raisons justifiant la réalisation d'une recherche mixte

Selon Johnson et Turner (2003), certains chercheurs se questionnent sur les raisons qui motivent un chercheur à vouloir « se casser la tête » en combinant les méthodes pour créer une nouvelle méthodologie de recherche alors qu'il existe plusieurs types de recherches traditionnelles riches et constituées de leurs propres paradigmes pour explorer les phénomènes. Par ailleurs, l'une des forces de la recherche mixte, à l'inverse de deux méthodes séparées, est à l'effet que de combiner deux méthodes fournit des résultats complémentaires et constitue un choix pratique qui permet de mieux répondre au questionnement du chercheur à la base de la démarche scientifique (Bourgault et al., 2010).

Pendant que certains problèmes peuvent être examinés à l'aide d'une méthodologie de recherche, il ne faut pas perdre de vue qu'il existe plusieurs méthodologies mixtes qui peuvent également être utilisées en sciences infirmières pour étudier les phénomènes complexes comme la QVT. Il importe de déterminer la méthodologie mixte qui apparaît la plus utile et la plus pertinente pour étudier et comprendre les expériences complexes telles que vécues par les informateurs-clés (Halcomb & Andrew, 2009; O'Cathain et al, 2007). À ce sujet, Creswell et Plano Clark (2007/2011) suggèrent l'utilisation d'une méthodologie mixte pour présenter diverses problématiques en recherche : a) lorsqu'un besoin existe pour deux approches simultanées, qualitative et quantitative (triangulation simultanée), b) lorsque cela nécessite deux approches simultanées, quantitative et qualitative (imbriquée simultanée), c) lorsqu'un besoin existe pour expliquer séquentiellement un phénomène à l'aide, dans un premier temps, d'une approche quantitative et, par la suite, qualitative (séquentielle explicative), d) lorsque l'on souhaite collecter de façon simultanée des données quantitatives-qualitatives (transformative simultanée) et finalement, e) lorsque cela nécessite d'abord une approche séquentielle pour explorer un phénomène (qualitative suivie d'une méthode quantitative) (séquentielle exploratoire) [traduction libre], (Creswell & Plano Clark, 2011, p. 181) (voir le Tableau II, p. 45). Cette dernière a été utilisée pour effectuer la présente recherche dont la méthode d'investigation fait l'objet d'une description détaillée dans la partie II.

Tableau II*Classification des approches mixtes en recherche (Creswell & Plano Clark, 2007/2011)*

Différentes approches mixtes en recherche	Procédure d'implantation
Explicative séquentielle	QUANTITATIF suivi de qualitatif
Exploratoire séquentielle	QUALITATIF suivi de quantitatif
Transformative séquentielle	Quantitatif suivi de qualitatif ou vice versa
Triangulation simultanée	Collecte simultanée des données quantitatives-qualitatives
Imbriquée simultanée	Collecte simultanée des données quantitatives-qualitatives
Transformative simultanée	Collecte simultanée des données quantitatives-qualitatives

De plus, puisque les méthodologies mixtes impliquent de s'appuyer sur les fondements philosophiques propres au devis mixte, Creswell et Plano Clark (2007/2011) suggèrent fortement aux chercheurs qui souhaitent avoir recours à ces approches en recherche de décrire leurs assises philosophiques et leurs origines dès le début de la recherche doctorale mixte. La prochaine section expose brièvement l'historique du développement et les origines suivies de la position épistémo-ontologique et méthodologique de la recherche mixte pour le domaine des sciences infirmières.

3.4 Position épistémo-ontologique et méthodologique de la recherche mixte

Selon Creswell et Plano Clark (2007/2011), le devis de recherche mixte constitue une approche de recherche novatrice car il incorpore dans une même étude des composantes des méthodes qualitative et quantitative. Cette approche comporte des postulats philosophiques et la complémentarité planifiée de méthodes à un moment prédéterminé du processus de la recherche. Creswell (2009/2014), de même que Pluye et Hong (2014), stipulent également que le choix méthodologique mixte repose sur des orientations personnelles du chercheur et de sa position philosophique, ce qui l'amène à considérer que la meilleure façon de répondre

pleinement au but et aux questions de recherche s'avère de combiner les méthodes qualitative et quantitative dans une même étude. Sur le plan épistémologique, pertinence et ouverture au pluralisme méthodologique en recherche contribuent à enrichir les résultats de la recherche sans faire fi des positions ontologiques propres à chacune des méthodes utilisées (Morgan, 2007; Pluye & Hong, 2014).

3.5 Pertinence et justification de la méthode phénoménologique descriptive dans une recherche mixte séquentielle exploratoire

Onwuegbuzie, Bustamante et Nelson (2010) affirment que les méthodologies mixtes en recherche font appel à la combinaison de deux approches (objective et holistique). Pour leur part, Creswell et Plano Clark (2007/2011) attestent que les méthodes mixtes séquentielles exploratoires servent, entre autres, à développer un nouvel instrument de mesure à partir des données qualitatives afin de comprendre les phénomènes en profondeur. Ces mêmes auteurs soutiennent que, traditionnellement, les chercheurs qualitatifs perçoivent les données comme étant le résultat de l'interaction entre la recherche et les participants. Pour leur part, les chercheurs en phénoménologie descriptive font l'effort rigoureux, pour minimiser l'interprétation du chercheur dans l'analyse des données, en utilisant le *bracketing* (Giorgi, 2009). Le *bracketing* constitue la première phase de la réduction phénoménologique et permet au chercheur de documenter ses préconceptions, ses croyances, ses valeurs et son expérience relativement au phénomène étudié (Cara, 2004; Giorgi, 1997a, 2009; O'Reilly & Cara, 2014; Mayoh & Onwuegbuzie, 2015). Ceux-ci affirment que la réduction phénoménologique husserlienne peut s'arrimer avec les méthodes quantitatives sur la base de rapprochements axiologiques permettant l'identification d'un seul but de recherche issu de l'expérience subjective vécue. Gibson et Hanes (2003) ainsi que Streubert Speziale et Carpenter (2007/2011) suggèrent également l'approche phénoménologique pour la recherche en administration car elle permet de mieux comprendre l'expérience humaine au travail. Ces auteures proposent aussi un arrimage entre l'utilisation de la phénoménologie et les méthodes quantitatives dans un futur rapproché pour explorer la complexité globale des organisations de santé de manière à apporter des solutions aux problématiques vécues en matière de ressources humaines en gestion, par exemple, en ce qui nous concerne, la QVT des CGIPN. Cet arrimage

permet de justifier la validation croisée de données équivalentes (phénoménologiques et quantitatives) au sein d'une étude mixte (Mayoh & Onwuegbuzie, 2015), ce qui justifie le choix de l'investigateur d'utiliser une approche qualitative phénoménologique descriptive, telle l'Investigation relationnelle *caring* (IRC) développée par Cara (1997) en vue de développer un instrument de mesure quantitatif pour ensuite réaliser une enquête quantitative en ligne dans le cadre d'une étude mixte séquentielle exploratoire pour examiner en profondeur la QVT des CGIPN.

3.6 Méthodologie mixte séquentielle exploratoire

À l'instar des méthodologies traditionnelles en recherche, le devis mixte vise également la clarification d'un phénomène duquel découlent le but et les questions de recherche ainsi que le type de données à recueillir. Le devis mixte comporte généralement trois étapes : 1) la description de l'orientation philosophique, 2) l'implantation et la priorité à la collecte des données et 3) la détermination de l'analyse des données et des procédures d'intégration en vue de la discussion générale (Creswell & Plano Clark, 2007/2011).

3.6.1 Déroulement des étapes du devis de type mixte séquentiel exploratoire

L'ordre séquentiel du présent devis mixte s'est déroulé comme suit : dans la première phase, l'investigateur a utilisé la méthode qualitative phénoménologique développée par Cara (1997, 1999) sous le nom de *Relational Caring Inquiry*, et récemment traduite en langue française sous le terme de Investigation relationnelle *caring* (IRC) par O'Reilly et Cara (2014), pour décrire et comprendre en profondeur la signification du phénomène étudié (QVT) à l'aide de deux séries d'entrevues semi-structurées auprès de CGIPN travaillant dans un Centre hospitalier affilié (CHA).

Dans la seconde phase, l'investigateur a procédé à l'élaboration et la validation du construit théorique provenant des données qualitatives pour développer un nouvel instrument de mesure comportant 11 questions sociodémographiques et 48 énoncés portant sur les facteurs qui influencent la QVT auprès de 22 CGIPN, soit 11 œuvrant en Centre de santé et des services sociaux (CSSS) et 11 œuvrant en Centre hospitalier universitaire (CHU). Dans la

troisième phase, la méthode quantitative a permis d'identifier et de mesurer les facteurs qui influencent directement la QVT à l'aide d'un questionnaire auto-administré en ligne auprès de 291 CGIPN travaillant dans les divers établissements publics de santé au Québec. Cette procédure correspond au devis mixte exploratoire séquentiel (Creswell & Plano Clark, 2007/2011), vise la complémentarité plutôt que la convergence et offre l'avantage d'utiliser les forces d'une méthode pour développer un instrument de mesure quantitatif compréhensible, fidèle, valide, peu coûteux et spécifique à une population (Bryans, 2004; Creswell, 2009/2014; Malata, Hauck, Monterosso, & McCaul, 2007) en sciences infirmières (Halcomb, Andrew, & Brannen, 2009; Kroll & Neri, 2009; Muncey, 2009). La complexité du phénomène étudié combinée à la volonté de conduire une étude mixte séquentielle exploratoire ayant pour objet de dégager des implications concrètes visant à soutenir les décisions administratives pour améliorer la QVT des CGIPN dans le réseau québécois de la santé justifient également le choix de cette approche. Mentionnons que ce type de devis est l'un des plus utilisés au sein des différents devis méthodologiques mixtes (Creswell, 2009/2014; Kroll & Neri, 2009). Une schématisation complète du déroulement du devis mixte exploratoire séquentiel pour les trois phases est illustrée à la Figure 3 à la page 49.

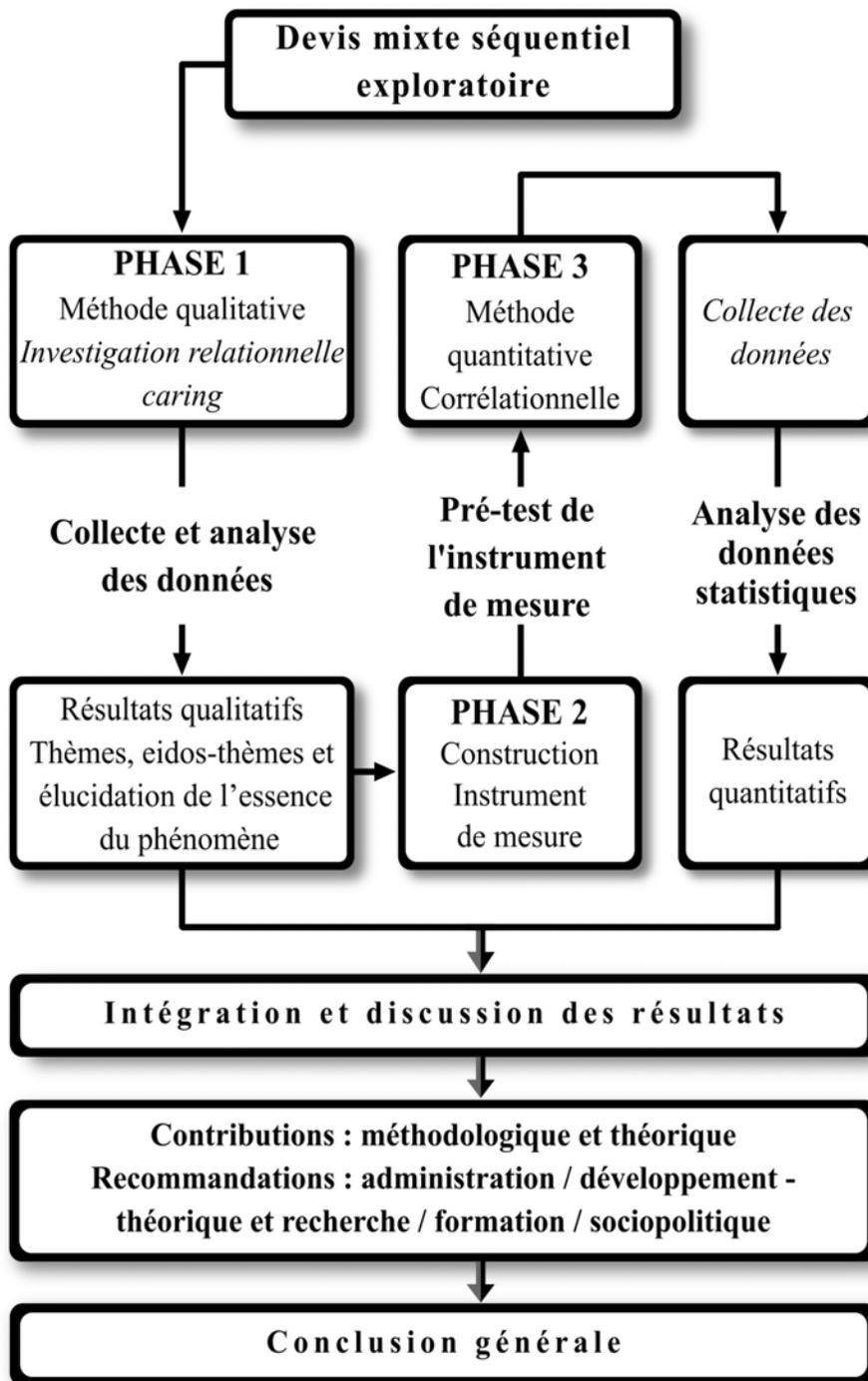


Figure 3 Schématisation du déroulement du présent devis mixte séquentiel exploratoire sur la QVT des CGIPN en établissements de santé.

La prochaine section présente brièvement la phase I, soit la philosophie et la pertinence du choix de la méthode phénoménologique pour comprendre les vécus expérimentiels des êtres humains tels qu'ils les vivent (Benner, 1994; Cara, 1997, 1999; Gibson & Hanes, 2003; Ray, 1991a; Reeder, 1987, 1991; Watson, 2005, 2008a, 2008b).

3.7 Première phase : Méthode qualitative phénoménologique de l'Investigation relationnelle *caring* (IRC) (Cara, 1997)

3.7.1 Philosophie phénoménologique

La philosophie phénoménologique a pris son essor au début du 20^e siècle (Husserl, 1970). Cette approche permet d'accéder à la conscience inhérente de l'être humain et d'étudier la présence vivante de cette conscience face à elle-même (Deschamps, 1993). La conscience se manifeste par l'intuition qui se rapporte à la présence de l'expérience quotidienne (Cara, 2002). Celle-ci est menée par le principe de l'intentionnalité faisant en sorte qu'elle s'oriente toujours vers un objet ou un souvenir. La perception est l'un des modes de l'intentionnalité car elle n'est pas vide de sens (Deschamps, 1993). La conscience donne ainsi accès à la signification face aux phénomènes expérimentiels vécus par la personne (Cara, 1997). Pour Husserl (1970), l'expérience de l'être humain proviendrait de la signification de la réalité qu'il attribue à toute entité. Selon Cara (1997) et O'Reilly (2007), l'approche phénoménologique transcendantale husserlienne apporte une perspective épistémologique à la recherche en sciences infirmières, plutôt qu'une perspective ontologique. Cara (1997, 1999) discute de l'ontologie de la recherche comme faisant référence à l'authenticité, à la présence du chercheur, de même qu'à la relation dialogique (dimension relationnelle) qu'il a avec les participants et le phénomène à l'étude. Issue de la philosophie du *caring*, cette vision ontologique amènera une autre manière de percevoir le cœur du déroulement de la collecte et d'analyse des données issue de la méthode de l'Investigation Relationnelle Caring (IRC) en s'appuyant ainsi sur un processus relationnel humain de *caring* hautement valorisé (Cara, 1997). Ainsi, tout au long du processus de la première phase, l'investigateur a fait preuve d'une présence authentique de qualité auprès des participants qui livreront leurs récits afin de les aider à partager leurs expériences vécues relativement au phénomène de la QVT. Cara (1997) et O'Reilly (2007) soutiennent que l'ontologie du *caring* se doit d'être à la base de la

recherche et de l'investigation humaine en sciences infirmières. Ainsi, étant donné l'objectif général de l'étude, la méthode choisie pour le volet qualitatif (*IRC*) se montre cohérente, en ce sens qu'elle propose une démarche prometteuse quant à la profondeur et à la rigueur des résultats qualitatifs qui seront obtenus dans le cadre de cette première phase.

3.7.2 Milieu, population cible, stratégie d'échantillonnage et sélection des participants

3.7.2.1 Description du milieu et de la population à l'étude

La première phase de l'étude s'est déroulée dans un centre hospitalier suprarégional de la région de Montréal. Ce choix fut justifié par plusieurs raisons. Outre le fait que ce milieu offre un terrain approprié pour répondre à la première question de recherche, l'établissement a implanté, depuis 2004, la philosophie humaniste du *caring* (Roy & Robinette, 2004) et un projet d'amélioration du climat organisationnel (Consortium Criso, 2009) est actuellement en cours auprès de l'ensemble du personnel cadre et non cadre. Ce CHA possède une capacité totale de plus de 500 lits et il se veut à l'avant-garde des pratiques cliniques, des nouveaux modèles de formation et des innovations découlant de la recherche. Le fonctionnement du milieu s'appuie sur une structure hiérarchique traditionnelle composée de huit directions, dont la Direction des soins infirmiers (DSI) qui chapeaute 28 unités de soins et qui s'occupe de la coordination de l'équipe volante, de la liste de rappel et de l'administration du personnel pour l'orientation. L'organisation s'articule autour de cinq grands principes et valeurs (collaboration, excellence, engagement, humanisme et imputabilité) partagés par l'ensemble des intervenants et des cadres gestionnaires. Notons que les unités de soins sont sous la responsabilité des chefs d'unités (CGIPN) relevant directement de la DSI. La population étudiée fut composée de 14 CGIPN issus des deux pavillons de l'établissement de soins.

3.7.3 Stratégie d'échantillonnage populationnel et sélection des participants

L'échantillonnage populationnel non probabiliste (Lobiondo-Wood, Haber, & Singh, 2013a) était composé de 14 cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau (CGIPN). À la suite de l'invitation de la directrice des soins infirmiers, l'investigateur a présenté l'ensemble de son projet de recherche à 30 CGIPN présents dans la salle de réunion du CHA. Parmi les 30 personnes présentes à la rencontre, seulement 14 CGIPN ont pris connaissance de la présente

recherche, notamment des objectifs du volet qualitatif phénoménologique. De plus, les 14 CGIPN ont exprimé qu'ils désiraient participer à la première phase qualitative de la recherche. Ces derniers devaient répondre aux cinq critères de sélection suivants : a) être membres en règle de l'OIIQ, b) comprendre et parler le français, c) travailler à temps complet comme CGIPN, d) vouloir s'exprimer sur la signification de l'expérience de la QVT et e) accepter volontairement de participer à l'étude en signant le formulaire de consentement des participants. Les participants exclus de cette recherche sont ceux qui occupent temporairement un poste CGIPN ou qui sont en congé de maladie, en congé parental ou en congé sans solde au moment de la réalisation de la première phase. La prochaine section présente la méthode phénoménologique de l'IRC utilisée dans la première phase de la recherche.

3.7.4 Méthode phénoménologique de l'Investigation relationnelle caring (IRC) (Cara, 1997)

S'inspirant de plusieurs théoriciens, notamment ceux en lien avec la philosophie du *Human caring* (Buber, 1970; Gadow, 1994; Ray, 1991b; Watson, 1999, 2005, 2008a, 2008b), et l'approche phénoménologique en recherche (Husserl, 1970; Ray, 1991a, 1991b; Reeder, 1987), la méthode qualitative de l'IRC, développée par Cara (1997, 1999, 2002) et traduite en langue française par O'Reilly et Cara (2014) vise la description et la compréhension des phénomènes complexes tels qu'ils sont vécus par les personnes évoluant dans les divers domaines de la discipline infirmière, incluant les CGIPN œuvrant en administration des services infirmiers. Les assises philosophiques de l'IRC sont en lien avec l'ontologie de la recherche et de la philosophie du *caring* car elles permettent de concevoir une autre manière de percevoir la démarche de la recherche en termes de relation humain-humain (chercheur-participant) et d'une réelle présence pendant les entrevues (Cara, 1997, 1999). La méthode phénoménologique de l'IRC de Cara (1997) et reprise par O'Reilly et Cara (2014) se déroule en sept étapes et comporte cinq niveaux de réflexion tout au long du processus de collecte et d'analyse des données.

3.7.5 Étapes et déroulement de la collecte et de l'analyse des données de la méthode phénoménologique de l'Investigation relationnelle caring (IRC) (Cara, 1997)

3.7.5.1 Reconnaissance de la vision de l'investigateur

À l'instar d'Husserl, Cara (1997, 1999) suggère qu'à la première étape, un *bracketing* soit effectué afin que l'investigateur reconnaisse ses valeurs, ses croyances, ses préjugés et ses connaissances au regard du phénomène qu'il a investigué. La phénoménologie transcendantale husserlienne se classe parmi les phénoménologies descriptives dans la mesure où le but souhaité vise une description du phénomène, celui de la QVT. Pour parvenir à cette description, se référant à Husserl, Cara (1997) recommande de procéder à la réduction phénoménologique, et ce, dans le but d'isoler ledit phénomène à l'étude. L'ensemble des préconceptions de l'investigateur envers le phénomène à l'étude se retrouve à l'Annexe B.

3.7.5.2 Recherche de participants pour l'étude

La seconde étape, explique Cara (1997), correspond dans un premier temps à la protection des droits humains ainsi qu'à la responsabilité éthique, lesquelles sont discutées dans la section qui touche essentiellement les considérations éthiques de la présente recherche. Cette étape correspond également à la stratégie de recrutement des 14 participants à l'étude, laquelle fut abordée dans la section qui s'intéresse au milieu de recherche et aux participants (page 51).

3.7.5.3 Présence de l'investigateur aux récits des participants

La troisième étape de l'IRC invite l'investigateur à être présent tout au long du récit des participants (Cara, 1997). Ce dernier a procédé à la pratique d'exercices de centration quelques minutes avant chacune des entrevues. Ces exercices furent intégrés à la démarche de l'IRC. Par la suite, chacun des 14 participants a été invité à partager ses réflexions personnelles, de même que ses expériences vécues, ses situations, ses actions, ses propres perceptions et ses émotions en lien avec les deux questions de recherche relatives au phénomène de la QVT. L'écoute active demeure une prérogative, de manière à être totalement réceptif et pour bien comprendre les *verbatim* (récits) qui ont émergé de chaque participant. Plus précisément, une écoute intense de l'investigateur demeure fondamentale pour s'assurer

de saisir la totalité des propos de chacun des 14 participants (Cara, 1997; O'Reilly, 2007, O'Reilly & Cara, 2014). Ces auteures affirment qu'à cette écoute s'ajoutent l'authenticité, la compassion, l'ouverture et la présence à l'égard de chaque participant. Elles estiment également qu'être présent avec chaque personne demeure impératif afin d'honorer leurs récits narratifs ainsi que leurs perspectives au regard du phénomène de la QVT. En accord avec O'Reilly et Cara (2014), l'investigateur a apporté une attention particulière à la qualité de la présence envers chaque participant (n= 14), et ce, tout au long du processus des entrevues. Ces entrevues semi-structurées enregistrées de 60 à 90 minutes se composaient de questions larges et ouvertes de manière à obtenir une description complète riche de sens et détaillée des perceptions des participants quant à leur expérience vécue par rapport à leur QVT. Elles furent enregistrées à l'aide d'un magnétophone numérique et se sont déroulées sur une période de neuf mois. Selon un guide d'entretien (voir Annexe C), les entrevues semi-structurées se sont tenues dans une salle privée de leur choix au sein de l'établissement, à l'abri des bruits et pour garantir la confidentialité. Trois des 14 participants ont reporté les entrevues suite à des urgences sur leurs unités de soins, ce qui justifie le prolongement du déroulement de la collecte des données qualitatives. Le guide d'entrevue a été conçu par l'investigateur en s'appuyant sur le cadre de référence de la QVT utilisé (O'Brien-Pallas & Baumann, 1992) tout en considérant les postulats philosophiques de la méthodologie phénoménologique de l'IRC (Cara, 1997; O'Reilly & Cara, 2014). De plus, durant les entrevues, des sous-questions de clarification (Voir Annexe C) se sont ajoutées afin d'amener les participants à clarifier leurs propos et leurs pensées relativement à la signification de la QVT. Les entrevues semi-dirigées ont été réalisées jusqu'à redondance des informations recueillies. À cet effet, Benner (1994) suggère de réaliser des entrevues semi-dirigées jusqu'à redondance des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que les informations recueillies soient similaires entre les différents participants. Tout au long de la recherche (2008-2015), l'investigateur a porté une attention spéciale à ses préconceptions à l'égard de la QVT et a évité de formuler l'essence du phénomène trop hâtivement afin d'être présent et à l'écoute du récit de chaque participant. À la fin de chaque entrevue, ses notes de terrain et ses réflexions personnelles (O'Reilly & Cara, 2014) ont été minutieusement et consciencieusement consignées dans un journal de bord et placées en lieu sûr, dans un coffret de sûreté sous clé.

3.7.5.4 Essence émergeant des récits des participants à l'égard du phénomène à l'étude

La quatrième étape consiste à l'élucidation de l'essence des récits des participants (Cara, 1997; O'Reilly & Cara, 2014). Chaque entrevue a été numérotée (P1 à P14) de même qu'identifiée par un pseudonyme attribué par l'investigateur, préservant et respectant ainsi la confidentialité des données et l'anonymat de chaque participant (Cara, 1997; O'Reilly & Cara, 2014). De plus, l'ensemble du processus d'analyse des données qualitatives (journal de bord, notes de terrain, réflexions personnelles et *verbatim*) a été systématiquement encadré par la phénoménologie transcendantale husserlienne (Husserl, 1970) (voir schématisation en Annexe D) de même que de Reeder (1991). Ensuite, l'investigateur a procédé à la transcription textuelle de chaque entrevue (*verbatim*) en gardant le plus possible la perspective descriptive de chacun des participants et en utilisant leurs propres mots et significations. Après avoir effectué plusieurs lectures et relectures des *verbatim*, il a procédé, tel que suggéré par Cara (1997), à la transformation du texte en récits-synthèses de quelques pages afin de favoriser l'émergence de la signification expérientielle de la QVT et les a remis, respectivement, à chacun des 14 participants (CGIPN). C'est à ce moment que chaque récit-synthèse a fait appel à un **premier niveau d'analyse** de l'investigateur de manière à isoler les unités de signification, c'est-à-dire les idées spécifiques à l'égard du phénomène de la QVT pour les CGIPN. Comme le font remarquer plusieurs chercheurs phénoménologues (Cara, 1997; Colaizzi, 1978; Giorgi, 2009; O'Reilly & Cara, 2014), il s'avère quasi-impossible de procéder à une description « pure » du phénomène, car en ciblant certaines idées des récits-synthèses, une forme d'interprétation de l'investigateur prend forme. Ensuite, les unités de signification furent regroupées en sous-thèmes amenant un **deuxième niveau d'analyse** qui correspond à des éléments descriptifs reflétant le plus possible les propos et les pensées des participants. Ce processus d'analyse des données phénoménologiques demeure avant tout itératif (aller-retour). Tel que décrit par Cara (1997, 2002), il invite l'investigateur à effectuer de multiples lectures et relectures, faisant place à une ouverture et une réflexion afin de parvenir à une meilleure compréhension et à l'utilisation de divers modes de conscience (variation libre et imaginaire). La variation libre et imaginaire est réalisée par l'investigateur pendant tout le processus d'analyse des données qualitatives, lesquelles renvoient à l'anticipation, l'imagination, l'intuition intellectuelle, la mémoire ainsi qu'aux sentiments pour

accéder à l'émergence de l'essence du phénomène de la QVT (Cara, 1997; O'Reilly & Cara, 2014). La collecte et les analyses qualitatives se sont déroulées sur une période de 11 mois.

3.7.5.5 Échange et retour avec les participants relativement à l'essence des récits

Cette cinquième étape vise la mutualité entre l'investigateur et chaque participant à la présente recherche (Cara, 1997; O'Reilly & Cara, 2014). Le but de cette étape consistait à aider ces derniers à clarifier la signification de l'expérience de la QVT. Chaque participant a reçu une copie courriel de son récit-synthèse, de même qu'une copie de l'analyse et de l'interprétation des récits (unités de signification et sous-thèmes identifiés). Il a été demandé à chacun d'y apporter les corrections nécessaires. O'Reilly et Cara (2014) argumentent que le partage de l'analyse et de l'interprétation des récits-synthèses avec les participants se révèle tout aussi fondamental pour décrire et comprendre les phénomènes étudiés. Cette étape permet de promouvoir et de rehausser le dialogue relationnel avec les participants à l'intérieur de la méthode d'IRC (Cara, 1997; O'Reilly & Cara, 2014). Nonobstant le fait qu'un retour vers les participants n'est pas une démarche fréquente en phénoménologie, il n'en demeure pas moins qu'elle devient essentielle pour décrire et comprendre ce que vit chaque CGIPN au regard de son expérience et de la signification qu'il donne à sa QVT. Il faut noter que seulement 13 des 14 participants ont validé les récits-synthèses, le quatorzième participant n'ayant jamais répondu aux deux courriels de rappel pour la validation de son entrevue. Considérant qu'il n'a jamais répondu aux rappels et que l'entrevue contenait plusieurs métaphores pour décrire le phénomène de la QVT, l'investigateur, en accord avec les directeurs de recherche, a dû interpréter celles-ci pour en saisir la signification. Ces métaphores ont donc fait l'objet d'une interprétation pour ensuite être validées par une spécialiste (directrice de recherche) en méthode phénoménologique descriptive.

3.7.5.6 Processus de *caring* relationnel

Selon Cara (1997) de même qu'O'Reilly et Cara (2014), cette sixième étape correspond à la deuxième entrevue en personne avec les participants. Cependant, et en accord avec Cara (1997) l'investigateur a plutôt procédé à une validation des informations recueillies sous forme d'entrevue téléphonique. Ce type d'entrevue téléphomique se distingue par le dialogue entre le

participant et l'investigateur concernant le récit-synthèse de même que l'analyse et l'interprétation des *verbatim* réalisées par ce dernier. À ce sujet, Cara (1997) de même qu'O'Reilly et Cara (2014) affirment que ce dialogue est favorisé par la relation « Je-Tu ». En effet, Buber (1970) explique que la relation met en relief une forme de réciprocité d'humain-à-humain puisqu'elle honore l'unicité propre de chaque personne. Par ailleurs cette seconde entrevue téléphonique réalisée en mai 2012, fut d'une durée approximative de 15 à 20 minutes pour accéder à la cocréation de la signification de l'expérience vécue de la QVT pour 13 des 14 CGIPN, pour valider chaque récit, en vue d'apporter des précisions, le cas échéant. Cette étape a aussi permis de valider l'analyse et l'interprétation des données issues de la première entrevue. Durant ce processus, une négociation ouverte s'est respectueusement installée entre l'investigateur et les 13 participants ayant contribué à la validation. Ainsi, l'investigateur les a invités à partager individuellement, et en toute confidentialité, leur accord ou leur désaccord en lien avec les unités de signification et les sous-thèmes émergés de l'analyse phénoménologique. Durant le processus d'analyse des données, l'investigateur fut secondé par ses directeurs de thèse afin d'assurer la rigueur phénoménologique. L'intégrité des données a été également respectée en évitant de formuler prématurément l'essence du phénomène de la QVT et de l'absence de celle-ci, laquelle fait partie de la prochaine étape.

3.7.5.7 Élucidation de l'essence universelle du phénomène à l'étude

Cette septième et dernière étape de la méthode phénoménologique de l'IRC visait à élucider l'essence universelle du phénomène de la QVT. Cara (1997) ainsi qu'O'Reilly et Cara (2014) recommandent d'entreprendre une réduction eidétique (*eidetic epochè*) telle que prônée par Husserl (1970) et qui constitue la deuxième phase de la réduction phénoménologique. Tel que mentionné préalablement, cette phase consiste à aller au-delà des faits particuliers ou individuels de chaque récit afin de favoriser l'émergence de la signification universelle (essence) de la QVT. Ces auteures stipulent que pour y accéder, les sous-thèmes identifiés seront rassemblés en thèmes, correspondant au **troisième niveau d'analyse**. Ensuite, l'investigateur a procédé à l'analyse approfondie en rassemblant les 23 thèmes ayant permis l'émergence de huit eidos-thèmes (cinq favorables et trois défavorables à la QVT), ce qui correspond au **quatrième niveau d'analyse**, lesquels illustrent une vue d'ensemble du

phénomène de la QVT. Pour terminer, tel que le souligne Cara, le **cinquième niveau d'analyse** correspond au processus de cocréation qui représente l'essence universelle de la signification de la QVT et de l'absence de la QVT pour des CGIPN et a permis de répondre aux deux questions de recherche de la première phase qualitative du devis mixte séquentiel exploratoire : 1) « *Quelle est la signification expérientielle de la QVT des CGIPN œuvrant en CHA?* » et 2) « *Quelle est la signification expérientielle de l'absence de la QVT pour des CGIPN œuvrant en CHA?* ». La multitude de sous-thèmes (218) qui ont permis l'émergence de 23 thèmes et de huit eidos-thèmes peuvent être consultés en Annexe E. Dans le quatrième chapitre, une synthèse des principaux résultats qualitatifs appuyés par quelques extraits de *verbatim* est exposée à l'intérieur du second article. Ces résultats qualitatifs ont servi au construit théorique du questionnaire dans le cadre de la seconde phase de la recherche.

3.8 Critères de scientificité en recherche mixte

La rigueur scientifique de la recherche mixte exploratoire séquentielle reposera notamment sur la minutie qui devra être déployée lors de la collecte et de l'analyse des données qualitatives et quantitatives sur le respect des prémisses et des critères de scientificité propres à chaque méthode, ainsi que sur le moment d'intégrer les données pour la discussion des résultats (Gidding & Grant, 2009; O'Cathain et al. 2007; Tashakkori & Teddlie, 1998). En effet, afin d'assurer la qualité respective des méthodes utilisées tout au long du processus de la recherche, Morse (2008) préconise certaines précautions à prendre dans la conception et la conduite d'un devis mixte. En outre, Creswell (2009/2014), Gidding et Grant (2009) soulignent que les stratégies de recherche doivent respecter le langage, les concepts ainsi que les méthodes qui seront utilisés pour recueillir les informations. Pour le volet qualitatif, les critères de rigueur scientifique pour la méthode phénoménologique qui fut retenue font partie de la section suivante.

3.8.1 Critères de scientificité phénoménologique pour le volet qualitatif

Les critères de scientificité guident les chercheurs dans les différentes étapes qualitatives phénoménologiques de l'Investigation relationnelle *caring* (IRC) dans le but d'assurer la qualité des résultats. Les critères privilégiés sont les principaux critères développés par

Lincoln et Guba (1985), de même que ceux de Whitemore et al. (2001). Les critères correspondent à l'authenticité, la crédibilité, la critique constante du chercheur (Whitemore et al., 2001) et la transférabilité des données (Lincoln & Guba, 1985).

3.8.1.1 L'authenticité

Le critère d'authenticité vise à assurer que les résultats correspondent bien à la signification de l'expérience de la QVT telle que vécue et décrite par les 14 informateurs-clés (participants). Divers moyens furent utilisés par l'investigateur pour garantir l'authenticité des résultats. Dans un premier temps, il a procédé au processus itératif des données par de multiples lectures et relectures lors de la transcription des entrevues (*verbatim*), par le respect de la réduction phénoménologique (*bracketing*) et par la vérification et la discussion avec 13 des 14 participants lors d'une seconde entrevue. Il a fait appel à la directrice de thèse, qui possède une expertise en phénoménologie, pour valider le contenu et la démarche d'analyse des données. Durant le traitement explicite des informations recueillies (*verbatim*), l'intentionnalité et l'intuition de l'investigateur ont été appliquées afin d'assurer l'authenticité des résultats (Cara, 2002).

3.8.1.2 La crédibilité

La crédibilité implique que les résultats décrivent vraiment le phénomène de la QVT (Whitemore et al., 2001). Sandelowski (1986) affirme que la plus grande menace à la crédibilité repose sur la relation entre l'investigateur et le participant. Ce faisant, l'investigateur aurait pu avoir de la difficulté à distinguer sa propre expérience de QVT en tant que CGIPN. Comme il a été lui-même gestionnaire infirmier au début des années 2000, il a dû porter une attention particulière au concept de la QVT lors de la rédaction de ses réflexions personnelles dans le journal de bord à la suite des échanges avec les 14 participants (Cara, 2002). De plus, l'investigateur a fait préalablement connaître ses propres préconceptions (*bracketing*) (Cara, 2002) sur le concept de la QVT en gestion des soins infirmiers pour ne pas influencer l'analyse et l'interprétation des données.

3.8.1.3 La critique constante du chercheur

Ce critère correspond à la critique constante du chercheur tout au long de la démarche de la méthode qualitative afin de ne pas biaiser les données (Whittemore et al., 2001). Ce critère repose sur la possibilité offerte au lecteur de suivre la trace et la logique décisionnelle prises par l'investigateur tout au long du processus de la phase qualitative phénoménologique, donc de la collecte, l'analyse, la présentation et l'interprétation des résultats (Cara, 2002). Il a respecté rigoureusement la réduction phénoménologique durant tout le processus des étapes de la méthode IRC grâce à l'utilisation des récits-synthèses, du journal de bord et en faisant appel à la variation libre et imaginaire (Cara, 2002, 2004). La critique constante du chercheur a été réalisée avec la directrice et le codirecteur de la thèse à toutes les étapes de la phase qualitative phénoménologique de l'IRC. Comme suggéré par Cara (2002, 2004), des notes méthodologiques ont également été consignées dans le journal de bord, ce qui a permis d'expliquer l'évolution de la phase qualitative et les décisions qui ont été prises par l'investigateur lors de la première phase qualitative de la recherche pour s'assurer de la présence de résultats non contradictoires.

3.8.1.4 L'intégrité

Ce critère réfère à la préoccupation de l'investigateur de tenir à jour son journal de bord et de s'appuyer sur les données obtenues auprès des 14 participants. Toutefois, il importe de rappeler que seulement 13 participants ont validé les données. Donc, l'investigateur a dû procéder et aller au-delà de la description en interprétant certaines métaphores de la QVT pour s'assurer qu'elles reflétaient bien le sens des données exprimées par le 14^e participant. L'investigateur a fait appel à une experte en phénoménologie (directrice de recherche) pour s'assurer de l'intégrité des informations recueillies auprès de tous les participants tout au long de la phase qualitative. Le critère d'intégrité fut assuré par l'obtention de la redondance des données (Benner, 1994), ce qui a permis de clore les entrevues semi-structurées de même que la rédaction des notes théoriques (2002, 2004). Enfin, l'investigateur a évité de formuler l'essence du phénomène de la signification expérientielle de la QVT et de l'absence de la QVT trop hâtivement (Cara, 2002, 2004).

3.8.1.5 La transférabilité

Pour terminer, le critère de la transférabilité implique que les résultats qualitatifs obtenus puissent s'appliquer dans un autre contexte de la gestion et que les CGIPN se reconnaissent dans les participants étudiés (Lincoln & Guba, 1985; Sandelowski, 1986). Pour que ce soit possible, l'investigateur s'est assuré de présenter et d'interpréter les résultats avec minutie, décrivant le phénomène de la QVT des 14 CGIPN en lien avec la philosophie humaniste du *caring* de Watson (2008a, 2008b, 2012) et le cadre de référence sur la QVT d'O'Brien-Pallas et Baumann (1992) ainsi qu'avec les écrits scientifiques recensés. Pour ce faire, il a traité explicitement et en détail les données obtenues au moyen des 27 entrevues et en faisant une description riche du contexte et des caractéristiques des 14 participants. Cette démarche vise à promouvoir la transférabilité auprès des CGIPN n'ayant pas participé à l'étude, mais vivant des similitudes au regard du phénomène de la QVT dans d'autres milieux de soins identiques (Lincoln & Guba, 1985; Sandelowski, 1986).

La prochaine section porte sur la seconde phase de la recherche mixte séquentielle exploratoire : l'élaboration et la validation d'un nouvel instrument de mesure (questionnaire) sur les facteurs qui influencent la QVT des CGIPN en établissements de santé.

3.9 Deuxième phase : Processus d'élaboration et de validation du questionnaire quantitatif (prétest)

Afin de pouvoir identifier et mesurer les facteurs qui sont susceptibles d'influencer la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements publics de santé à l'échelle provinciale, les résultats (23 thèmes, huit eidos-thèmes et deux essences du phénomène illustrés à l'Annexe E) du volet qualitatif phénoménologique de l'IRC furent utilisés pour concevoir l'instrument de mesure (questionnaire) (Tableau III à VI). Le questionnaire s'intitule : « Facteurs influençant la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissements de santé ». Le questionnaire s'appuie sur les résultats qualitatifs, le cadre de référence de la QVT d'O'Brien-Pallas et Baumann (1992) et sur la philosophie humaniste du *caring* de Watson (2008a, 2008b, 2012). L'aspect novateur du questionnaire repose sur des postulats de la discipline infirmière (philosophie humaniste) et du

contexte propre à l'administration des services infirmiers. Au départ, le questionnaire final à échelle ordinaire de cinq niveaux composé de 11 questions sociodémographiques ainsi que 48 énoncés que l'on retrouve en Annexe F a fait l'objet d'un prétest (validation de contenu) (Dillman, Smyth & Christian, 2009; Tabachnick & Fidell, 2013) auprès de CGIPN travaillant dans deux types d'établissements. Il fut également vérifié et validé par les directeurs de la présente recherche. La prochaine section porte sur la stratégie de recrutement pour la validation du nouvel instrument de mesure (questionnaire) des facteurs influençant la QVT des CGIPN œuvrant en établissements de santé.

3.9.1 Développement des questions sociodémographiques et des énoncés du questionnaire

Au départ, le questionnaire préliminaire comportait un ensemble de 56 questions divisées en deux sections. La première section portait sur une série de huit questions et comprenait plusieurs informations reliées aux données sociopersonnelles, professionnelles et organisationnelles (sociodémographiques) afin de constituer les caractéristiques de la population cible. La deuxième section était constituée de 48 énoncés sur les facteurs susceptibles d'influencer la QVT des CGIPN en établissements de santé. Ce questionnaire fut développé sur la base d'une échelle ordinaire à cinq niveaux soit : 1 = pas du tout, 2 = un peu, 3 = moyennement, 4 = beaucoup et 5 = totalement. Chaque énoncé visait à identifier la perception de chaque répondant relativement aux construits théoriques afin d'identifier les facteurs pouvant être susceptibles d'influencer sa QVT en tant que CGIPN. Le développement de ce questionnaire auto-administré a suivi une démarche systématique dont les étapes sont illustrées à la Figure 4 (p. 63).

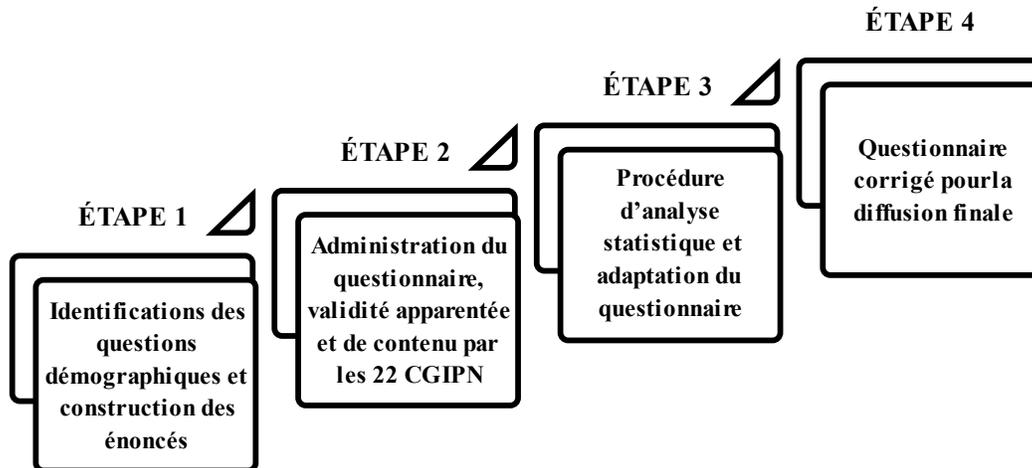


Figure 4 Déroulement des étapes du développement du questionnaire préliminaire auto-administré en ligne « Facteurs influençant la QVT des CGIPN en établissements de santé ».

3.9.1.1 Stratégie de recrutement pour la validation du questionnaire préliminaire (deuxième phase)

L'échantillonnage par choix raisonné fut préconisé comme stratégie de recrutement pour la seconde phase (Creswell, 2014; Houser, 2012). Pour ce faire, l'investigateur a contacté les deux directrices de soins infirmiers (DSI) des deux établissements ciblés pour la validation du construit de la version préliminaire nouvellement développée. Une lettre expliquant le projet a été acheminée à chaque DSI afin qu'elles prennent connaissance de la recherche de façon générale et du déroulement de la seconde phase dans laquelle elles ont été appelées à participer. Avec leur autorisation, une lettre explicative fut transmise à 30 CGIPN, soit 15 œuvrant dans divers secteurs de soins d'un CSSS et 15 œuvrant dans un CHU et répondant aux critères de sélection qui s'avèrent identiques à la première phase de l'étude. Le formulaire d'information et de consentement expliquant la nature de la recherche a été adressé aux répondants (lettre de sollicitation en Annexe G) des deux établissements et incluait de sincères remerciements pour avoir accepté de participer à la validation du contenu et de compléter le questionnaire préliminaire de la seconde phase de la recherche.

3.9.1.2 Les milieux ciblés pour la seconde phase

Les milieux ciblés pour la validation du construit théorique et des énoncés représentent un Centre hospitalier universitaire et un Centre de santé et des services sociaux (Hôpital-CLSC-Centre d'hébergement) de la grande région de Montréal également affilié à une université.

3.9.1.3 Déroulement de la seconde phase

Premièrement, les documents qui décrivent la seconde phase de la recherche ont été remis aux répondants en format électronique Word par courriel sécurisé. Après avoir pris connaissance de la recherche et avoir signé le consentement à l'étude, les documents signés ont été déposés en toute confidentialité à la Direction des soins infirmiers (DSI) des deux établissements, dans une filière sous clé. Ils ont été récupérés personnellement par l'investigateur. Parmi les 30 CGIPN sélectionnés, 22 (n= 11 en CSSS et n= 11 en CHU) ont volontairement accepté d'y participer après avoir pris connaissance de la nature de la recherche et après avoir signé le consentement à la seconde phase de l'étude. Deux courriels à intervalle de quatre semaines ont été acheminés par l'investigateur en guise de rappel auprès des 22 répondants pour qu'ils puissent valider le contenu et remplir le questionnaire préliminaire. À ce sujet, Dillman, Smyth et Christian (2009) affirment que les rappels maximisent le taux de réponse des répondants. La validation a débuté en septembre 2012 pour se terminer en janvier 2013. Le temps pour remplir le questionnaire, une fois validé, est en moyenne de 25 minutes.

3.9.1.4 Administration du questionnaire, validité apparentée et de contenu

Le questionnaire en format Word électronique fut distribué aux 22 CGIPN par courriel sécurisé. Chaque répondant devait répondre à trois questions sur le construit théorique du questionnaire sur la QVT. Les répondants devaient apporter des commentaires sur la disposition du texte, sur le nombre et la pertinence des énoncés (suffisants ou nécessaires) et si les questions étaient clairement formulées ou non (Dillman et al., 2009). Après la période accordée pour la validation du contenu de l'instrument, soit de septembre 2012 à janvier 2013, les répondants ont acheminé par courriel leurs commentaires à l'attention du chercheur

principal. Les 22 répondants ont été informés qu'ils ne seraient pas retenus pour participer à l'enquête provinciale que constitue la phase trois afin de réduire au minimum les risques de biais. Les 22 répondants ont fait des propositions pour ajouter trois questions au volet sociodémographique et fait des suggestions pour améliorer le contenu du questionnaire. Une lettre de remerciement fut acheminée aux CGIPN pour leur participation à la seconde phase de la recherche doctorale (Annexe H).

3.9.1.5 Analyse statistique et ajustement du questionnaire

Tout d'abord, il convient d'apporter une précision quant au nombre de participants qui ont répondu aux questions et énoncés du questionnaire. Ainsi, aux fins de l'analyse statistique, il convient de mentionner que parmi les 22 CGIPN qui ont accepté de valider le questionnaire, seulement 20 ont effectivement répondu aux questions et énoncés de celui-ci.

Les analyses statistiques ont été réalisées pour valider la force d'association (coefficient alpha de Cronbach) entre les huit eidos-thèmes, les 23 thèmes et les 218 sous-thèmes avec les énoncés provenant des résultats qualitatifs correspondant à la première phase de l'étude (voir Tableau III à VII, p. 66-69). Il importe de préciser que le nombre d'énoncés varie entre un et trois par eidos-thème et par thème. En se basant sur les résultats très positifs obtenus et sur des commentaires reçus, trois questions sociodémographiques (formation 2^e cycle, nombre d'unités ou de services et nombre d'employés) ont été ajoutées et précisées dans la première section du questionnaire pour assurer une meilleure représentativité populationnelle des CGIPN. Sur la base des suggestions et des propositions des répondants (n= 22), des correctifs mineurs à la formulation de quelques énoncés furent apportés, sans toutefois changer la signification du contenu. Pour les besoins de la troisième phase de la présente recherche, les eidos-thèmes deviennent des facteurs favorables (FF) et défavorables (FD) à la QVT pour le volet quantitatif corrélationnel, soit l'enquête provinciale en ligne. Le questionnaire complet, corrigé et validé, comprenant les 11 questions et les 48 énoncés, se retrouve en Annexe G. Les tableaux III à VI présentent les énoncés du questionnaire associés aux eidos-thèmes (construits théoriques) et aux thèmes favorables (construits intermédiaires) à la QVT.

Tableau III
Énoncés du questionnaire associés aux eidos-thèmes et aux thèmes favorables

Eidos-thèmes (facteurs) favorables	Thèmes Construit théorique intermédiaire	Énoncés du questionnaire
Actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins infirmiers	Capacité d'influencer les orientations stratégiques	E2 : La participation du CGIPN aux orientations stratégiques concernant l'organisation des soins infirmiers E5 : Le pouvoir d'influence du CGIPN sur les décisions administratives en soins infirmiers
	Reconnaissance du leadership clinico-administratif au service de l'ASI	E33 : L'expertise en gestion et le leadership du CGIPN reconnus par l'organisation
	Recherche de performance et de qualité de soins et des services	E1 : La gestion efficace par le CGIPN afin d'assurer la qualité des soins E38 : La satisfaction de la clientèle à l'égard des soins infirmiers dans votre service
	Bien-être et satisfaction au travail	E11 : L'humour au travail
	Conditions d'exercice favorables pour les gestionnaires de soins infirmiers	E42 : La valorisation du développement de l'expertise en gestion des soins infirmiers par la haute direction E29 : Le sentiment d'accomplissement au travail du CGIPN
	Conciliation travail-famille-études et vie sociale	E15 : La rémunération salariale à la hauteur de la fonction du CGIPN E23 : Des rôles et responsabilités clairement définis
Éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle	Conciliation travail-famille-études et vie sociale	E14 : Le moins de réunions possible en dehors des heures normales de travail E26 : Un horaire de travail flexible facilitant l'équilibre travail-famille-études et vie sociale
	Environnement de travail sain et sécuritaire	E19 : Un espace de bureau privé pour le CGIPN E46 : Un environnement physique de travail sain et sécuritaire
	Présence des valeurs humanistes du <i>caring</i> au travail	E20 : Une gestion humaine des CGIPN par la haute direction E40 : La présence des valeurs humanistes à travers toute l'organisation

Tableau IV
Énoncés du questionnaire associés aux eidos-thèmes et aux thèmes favorables (suite)

Eidos-thèmes (facteurs) favorables Construit théorique	Thèmes Construit théorique intermédiaire	Énoncés du questionnaire
Soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel	Soutien relationnel de l'équipe de gestion.	E7 : Le renforcement positif du supérieur immédiat envers le CGIPN
		E48 : L'appréciation exprimée par le supérieur à l'égard de la qualité du travail accompli par le CGIPN
		E17 : La présence du supérieur immédiat lors de situations difficiles vécues par le CGIPN
		E9 : Les soutiens administratif et clérical disponibles
		E24 : Le soutien de conseillers cliniques en soins infirmiers
Organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins infirmiers	Ouverture aux divers modes de savoir applicables en gestion des soins infirmiers	E44 : La possibilité de baser sa pratique de gestion en soins infirmiers sur des résultats probants et des pratiques exemplaires
		E 22 : L'accès à de la formation continue en gestion des soins infirmiers
		E31 : L'apprentissage par des échanges réflexifs en groupe visant la résolution de problèmes en gestion des soins infirmiers
		E28 : La présence de modèles de rôle pour les novices en gestion des soins infirmiers
Accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers	Activités facilitant l'intégration des nouveaux gestionnaires infirmiers	E36 : Le <i>coaching</i> ou le mentorat lors de la transition du rôle d'infirmière soignante à gestionnaire
		E13 : Un programme de relève des cadres offert aux novices en gestion des soins infirmiers
		E34 : La mise en place d'une journée d'accueil pour les novices en gestion des soins infirmiers

Tableau V
Énoncés du questionnaire associés aux eidos-thèmes et aux thèmes défavorables

Eidos-thèmes (facteurs) favorables Construit théorique	Thèmes Construit théorique intermédiaire	Énoncés du questionnaire	
Relations socio-professionnelles irrespectueuses et conflictuelles	E8 :	Un climat de travail malsain au sein de l'équipe de gestion des soins infirmiers	
	E25 :	La présence de conflits ou de violence dans les relations de travail	
	E35 :	L'ambiguïté dans la communication des messages venant de la haute direction	
	E45 :	Des attitudes irrespectueuses de la part de la haute direction à l'égard des CGIPN	
Déshumanisation organisationnelle	Bureaucratie sclérosante	E3 :	L'obstruction de la bureaucratie dans la réalisation de projets cliniques en soins infirmiers
		E10 :	La pression constante des décideurs politiques (hors établissement) sur l'organisation
		E21 :	Les mésententes avec la haute direction au regard des décisions administratives des soins infirmiers
Discordance entre les valeurs des gestionnaires infirmiers et les pratiques administratives de l'établissement	E37 :	La gestion des heures supplémentaire obligatoire des infirmières	
	E39 :	L'absence de soutien de la part de la haute direction	
Sentiment d'être abandonné par le supérieur immédiat	E27 :	Le laxisme du supérieur du CGIPN dans la résolution de problèmes	

Tableau VI
Énoncés du questionnaire associés aux eidos-thèmes et aux thèmes défavorables (suite)

Eidos-thèmes (facteurs) favorables Construit théorique	Thèmes Construit théorique intermédiaire	Énoncés du questionnaire
Conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers	Déséquilibre entre le travail, la famille et la vie sociale	E30 : Un manque de temps du CGIPN pour les loisirs et la vie familiale E32 : Le surinvestissement au travail de la part du CGIPN
	Environnement physique de travail malsain et non sécuritaire	E16 : La vétusté des lieux physiques E41 : Un espace de travail partagé
	Barrières à l'exercice clinico-administratif des soins infirmiers	E4 : L'ambiguïté dans les rôles et responsabilités du CGIPN E43 : Un nombre très élevé d'employés à encadrer par le CGIPN
	Obstacles à l'intégration des novices en gestion des soins infirmiers	E47 : L'impossibilité pour les CGIPN novices d'innover en soins infirmiers
Accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices	Absence de <i>coaching</i> et de mentorat dans la transition du rôle d'infirmière soignante à gestionnaire infirmier	E12 : L'absence de personnes-ressources non-infirmières pour soutenir les CGIPN novices E6 : L'absence d'experts en gestion des soins infirmiers pour soutenir les CGIPN novices
		E18 : L'inexistence d'un programme d'orientation pour les CGIPN novices

3.10 Troisième phase : méthode quantitative corrélacionnelle

3.10.1 Déroulement de la troisième phase

Après avoir reçu l'autorisation du Comité d'éthique de recherche par l'établissement primaire affilié à l'Université de Montréal, l'investigateur a élaboré un projet de lettre d'entente de confidentialité (Annexe I) avec une firme de sondage québécoise pour le soutien technologique de la mise en ligne du questionnaire de façon sécurisée. La troisième phase consistait à effectuer une investigation de type quantitatif en ligne et avait pour objectif d'identifier et de mesurer le niveau d'influence des caractéristiques sur le choix des facteurs (favorables et défavorables) pouvant influencer la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements publics à l'échelle de la province.

3.10.2 Stratégie de recrutement

Premièrement, l'ensemble de la recherche fut soumis à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] afin d'obtenir son consentement pour l'obtention de la liste d'envoi (courriel) confidentielle et sécurisée des CGIPN. Parmi les 2577 CGIPN inscrits au tableau de l'OIIQ au 31 mars 2014, n= 797 avaient indiqué accepter d'être contactés pour des projets de recherche.

Avec l'entente de confidentialité entre les parties (firme de sondage et chercheur principal), un résumé synthèse des trois phases de la recherche fut acheminé à la Direction aux affaires externes de l'OIIQ. Après avoir pris connaissance de la nature de la recherche et de l'entente de confidentialité assurant la sécurité des données de la présente étude, une seconde lettre d'engagement de confidentialité (Annexe J) a été signée entre les deux parties (OIIQ et chercheur principal) afin d'obtenir les adresses courriel des CGIPN (n= 797), et ce, dans le respect des règles éthiques en matière de recherche électronique (Énoncé politique des trois conseils (EPTC-2) du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG), & des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2014).

3.10.3 Population visée

Au départ, la population visée pour cette phase représente les 797 CGIPN œuvrant dans les différents secteurs d'activités des différents types d'établissements du réseau public de la santé au Québec. Toutefois, parmi un échantillon de 797 courriels, deux ont été invalidés, réduisant ainsi l'échantillon à 795 CGIPN à l'échelle québécoise. Après avoir systématiquement analysé les adresses courriel afin de prévenir toute contamination potentielle des données de la troisième phase, l'investigateur a constaté qu'aucune ne correspondait aux participants de la seconde phase.

3.10.4 Les milieux ciblés pour la troisième phase

Les milieux ciblés correspondent à des Centres hospitaliers affiliés (CHA), des Centres hospitaliers universitaires (CHU), des Centres de santé et des services sociaux (CSSS) et des Centres de réadaptation à travers le Québec.

3.10.5 La collecte des données et taux de réponse

Dans un premier temps, le courriel d'invitation incluant une infolettre (résumé du projet) a été envoyé aux participants (n= 795) les 9, 10 et 13 mai 2013 par la firme de sondage dans le cadre d'un démarrage en douceur « *soft launch* ». Le message contenait un hyperlien pour accéder au questionnaire en ligne (Web). La collecte de données électronique s'est échelonnée sur la période allant du 9 au 30 mai 2013 et a comporté deux rappels (22 et 27 mai) afin d'optimiser le taux de réponse des répondants à l'enquête quantitative en ligne (Dillman et al., 2009; McPeake, Bateson & O'Neill, 2014).

L'enquête fut précédée par des informations détaillées et par le consentement des répondants à y participer. En tout temps, les CGIPN étaient libres de mettre fin au questionnaire en ligne. Dans un tel cas, les données étaient automatiquement détruites pour des raisons de confidentialité. Après avoir pris connaissance de la nature de la recherche, les CGIPN qui acceptaient de participer étaient redirigés automatiquement vers le questionnaire « *Facteurs influençant la QVT des CGIPN en établissements de santé* » qui

comportait un total de 58 questions divisées en deux sections, soit : 1) 11 questions sociodémographiques et 2) 48 énoncés sur les facteurs (favorables et défavorables) à la QVT. Parmi les 795 envois anonymes, 291 questionnaires furent remplis et traités. Ainsi, après deux rappels, l'investigateur a obtenu un taux de réponse de 37,9 %, ce qui représente un taux très acceptable. En effet, McPeake et al., (2014) affirment que les taux de réponse des répondants pour ce type d'enquête quantitative électronique se situent généralement entre 15 et 25 %.

3.10.6 Analyse statistique des données

Les analyses statistiques et descriptives ont été conduites à l'aide du logiciel SPSS, version 22 pour Windows 7 (2013) avec le soutien d'un expert statisticien du département de mathématique et de statistique de l'Université de Montréal. Dans un premier temps, des analyses de coefficient alpha de Cronbach (α) ont été menées pour connaître les propriétés psychométriques de l'instrument de mesure de la QVT chez les CGIPN. Par la suite, des analyses étendues de comparaison de moyennes à l'aide du test t de Student, de l'écart type (σ) et de pourcentage (%) ont permis de décrire et d'identifier les caractéristiques personnelles, professionnelles et organisationnelles afin de tracer le profil des répondants avec un IC à 95 %. Dans un second temps, des analyses de variance, des comparaisons appariées, des tests post-hoc et de corrélation de Pearson (r) ont été effectuées pour déterminer le niveau de relation entre les variables explicatives (sociopersonnelles, professionnelles et organisationnelles) et le choix des facteurs favorables et défavorables à la QVT des répondants (Tabachnik & Fidell, 2013). Les résultats de l'analyse statistique des données se trouvent à l'intérieur du troisième article du quatrième chapitre de la thèse doctorale.

3.10.7 Critères de qualité pour le volet quantitatif

Plusieurs mesures ont été prises par l'investigateur pour la réalisation de l'enquête quantitative afin d'assurer la qualité des résultats (Lobiondo-Wood, Haber, & Singh, 2013b). Premièrement, la validité interne des résultats quantitatifs a fait l'objet d'une attention particulière quant aux qualités psychométriques du nouvel instrument de mesure choisi, aux critères de sélection des répondants, au respect des prémisses statistiques inférentielles des

analyses de même qu'au contrôle de certaines variables et à l'hypothèse de possibles variables confondantes (Tabachnik & Fidell, 2013).

Deuxièmement, des mesures furent aussi prises pour préserver la validité externe des résultats quantitatifs relativement à la généralisation des résultats obtenus (Tabachnik & Fidell, 2013). Pour ce faire, l'investigateur a mis en place des stratégies de rappel visant à maximiser la participation des répondants lors de la validation de l'instrument et durant le déroulement de l'enquête provinciale en ligne, s'assurant également de la représentativité des CGIPN. Les milieux ciblés pour la seconde phase présentaient des similitudes avec les établissements ciblés dans la troisième phase quant aux caractéristiques structurelles, organisationnelles et sociodémographiques des répondants. À ce sujet, Tabachnick et Fidell (2013) affirment que ces mesures, qui assurent la validité externe des données, contribuent à accroître le potentiel de généralisation des résultats.

Troisièmement, comme l'indique Tabachnik et Fidell (2013), la fiabilité des résultats repose sur la clarté des définitions opérationnelles des dimensions (variables) que l'on trouve en Annexe A, sur la description détaillée de la méthode d'enquête quantitative utilisée, sur les qualités psychométriques et sur le construit théorique de l'instrument, ce qui a été vérifié et prétesté par les experts dans les deux dernières phases de la recherche. Ce faisant, le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument se situe globalement à 0,93 dans la seconde phase et à 0,95 dans la troisième phase, ce qui est considéré comme excellent (Peterson, 1994).

Quatrièmement, l'objectivité fut maintenue pour les deux dernières phases tout au long de la procédure de traitement des données (Tabachnik & Fidell, 2013). Celle-ci a été définie en détail dans la thèse doctorale (sections 3.8 et 3.9). En terminant, l'investigateur a également décrit en détail la logique guidant la démarche d'analyse et d'interprétation des données statistiques.

3.11 Considérations éthiques pour les trois phases

3.11.1 Aspects éthiques pour la phase I

À la suite de son acceptation par le comité d'approbation de thèses de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, le protocole de recherche n'a pas fait l'objet d'une demande de certification éthique auprès du Comité éthique de la recherche des sciences de la santé [CÉRSS] de l'Université de Montréal. La raison s'appuie sur le fait que le protocole de recherche fut soumis et approuvé par le Comité éthique de la recherche (CÉR) de l'établissement primaire (le Centre hospitalier affilié (CHA) à l'Université de Montréal). Un courriel en ce sens confirme la non-nécessité de soumettre le protocole au CÉRSS de l'Université de Montréal (Annexe K). Le CÉR du CHA a émis un certificat éthique pour la réalisation des trois phases de l'étude ainsi que deux renouvellements (Annexe L).

Après avoir pris connaissance des renseignements relatifs à la première phase du protocole de recherche, 14 CGIPN ont manifesté le désir d'y participer en signant le consentement à la recherche (Annexe F). À ce moment, l'investigateur s'est assuré de répondre aux questions que pouvaient avoir les participants concernant la recherche. Les participants étaient libres de se retirer en tout temps, sans préjudice, et sans devoir se justifier. Si un participant avait pris la décision de se retirer de la recherche, l'investigateur aurait détruit confidentiellement les informations qui auraient été recueillies, ce qui n'a pas été le cas.

Les données qualitatives dans le cadre de cette recherche sont demeurées strictement confidentielles et n'ont été utilisées qu'à des fins académiques. De plus, un pseudonyme et une numérotation (P1 à P14) furent attribués pour chaque participant afin de garantir l'anonymat et la confidentialité des données. Les documents numérisés, les transcriptions et les bandes numériques enregistrées sont actuellement conservés en lieu sûr dans un coffret de sûreté ignifuge, sous clé et isolés des dossiers personnels de l'investigateur et ils seront détruits dans sept ans (EPTC-2 du CRSH, CRSNG & des IRSC, 2014). Les membres du comité éthique de la recherche de l'établissement primaire pouvaient avoir accès aux documents pour un

contrôle de qualité des données et ce, pour les trois phases de la recherche. Les participants ont été informés qu'ils pouvaient en tout temps contacter la présidente du CÉR de l'établissement primaire pour obtenir des renseignements concernant leurs droits à titre de participants.

3.11.2 Aspects éthiques pour la phase II

La seconde phase du projet qui consistait à la validation du contenu théorique de l'instrument a aussi été soumise aux Comités éthiques de la recherche du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) et du Centre hospitalier universitaire (CHU). Les CÉR respectifs de ces deux établissements ont par la suite émis un certificat éthique (Annexe L) autorisant la réalisation de la deuxième phase du projet. Après autorisation, les CGIPN sélectionnés par la directrice des soins infirmiers (DSI) des deux établissements ont pris connaissance des informations générales et des directives concernant le projet de la seconde phase. Vingt-trois (23) des 30 CGIPN sélectionnés ont exprimé le souhait de participer au projet pilote. Toutefois, un répondant a pris la décision de se retirer sans avoir commencé la validation du questionnaire. Le consentement signé par ce répondant a été détruit en toute confidentialité, ce qui a réduit l'échantillon à 22 CGIPN. L'investigateur a répondu aux questions que pouvaient avoir les répondants concernant leur contribution à la seconde phase de la recherche. Ceux-ci étaient libres de se retirer en tout temps, sans préjudice et sans devoir se justifier. Si un répondant avait pris la décision de se retirer de la seconde phase de la recherche, l'investigateur aurait détruit confidentiellement les informations qui auraient été recueillies, ce qui n'a pas été le cas. Après la signature du consentement, le questionnaire et les directives étaient acheminés à l'échantillon de répondants, individuellement et en toute confidentialité, en format électronique Word sécurisé, à leur adresse courriel professionnelle. Afin de respecter l'anonymat et la confidentialité des données, l'investigateur a émis un numéro d'identification confidentiel à chacun des répondants de la seconde phase et a conservé les questionnaires validés et les commentaires sur une clé USB dans un endroit sécuritaire sous clé. Selon les règles en matière d'éthique en recherche, les questionnaires seront détruits dans sept ans (EPTC-2 du CRSH, CRSNG, & des IRSC, 2014). Les membres du comité éthique de la recherche de l'établissement primaire et des deux autres établissements pouvaient avoir accès aux documents de la seconde phase uniquement pour un contrôle de qualité. À l'instar

des participants de la première phase, les répondants de la seconde phase furent informés qu'ils pouvaient aussi entrer en contact avec la présidente du CÉR de l'établissement primaire ou secondaire pour tout renseignement concernant leurs droits à titre de répondants.

3.11.3 Aspects éthiques pour la phase III

En ce qui concerne la troisième phase, les répondants ont reçu de la part de la firme de sondage SOM les informations relatives à la troisième phase (questionnaire sur les facteurs favorables et défavorables qui influencent la QVT) et le consentement à la recherche, le tout à leur adresse courriel sécurisée. Dans la première partie du questionnaire, il était indiqué aux répondants qu'ils pouvaient se retirer en tout temps, sans justification auprès de l'investigateur (voir le formulaire d'informations relatives au consentement du questionnaire en Annexe F). Après avoir rempli le questionnaire, les données quantitatives obtenues en ligne, à l'aide du logiciel SPSS, version 22 pour Windows 7 (2013), ont été codifiées par la firme de sondage de façon sécuritaire et remises au chercheur principal. La firme de sondage a également produit un rapport confidentiel de 127 pages des premières analyses de données quantitatives pour effectuer les analyses statistiques. À l'instar des deux premières phases, les données de la troisième phase sont également conservées en mode électronique (clé USB sécurisée) dans un coffret de sûreté avec un code de sécurité et seul l'investigateur a accès à toutes les données. Gardées dans un endroit sécuritaire, les données recueillies dans la troisième phase de la recherche seront également détruites dans sept ans, en conformité avec les considérations éthiques (EPTC-2 du CRSH, CRSNG, & des IRSC, 2014).

CHAPITRE IV

TROIS ARTICLES SCIENTIFIQUES POUR PUBLICATION

Ce quatrième chapitre comporte trois articles scientifiques pour publication. Parmi les trois articles, deux sont soumis à des périodiques en sciences infirmières et le troisième à un périodique multidisciplinaire spécifique aux méthodes mixtes. Tout d'abord, le premier article théorique intitulé : *A new humanistic Quality of Work Life conceptualization in Nursing Administration based on Caring Philosophy* a été soumis à la revue : *Nursing Administration Quarterly* selon les normes de publication demandées aux auteurs. Ce premier article porte principalement sur le développement d'une conceptualisation humaniste de la qualité de vie au travail basée sur les postulats de la discipline infirmière et la philosophie du *Human caring* de Watson (2008, 2012). Deuxièmement, dans le but de répondre aux deux premiers objectifs du volet qualitatif (décrire et comprendre la signification expérientielle de la QVT auprès des CGIPN œuvrant en Centre hospitalier universitaire affilié et décrire et comprendre la signification expérientielle de l'absence de la QVT auprès des CGIPN œuvrant en Centre hospitalier universitaire affilié), le second article intitulé *The experiential meaning of first-line nurse managers' quality of work life in an affiliated university hospital : A relational caring inquiry* porte sur les résultats phénoménologiques de la présente recherche prenant appui sur la toile de fond de la philosophie humaniste du *caring* de Watson (2008, 2012). Le second article traduit en langue anglaise fut soumis au périodique : *International Journal for Human Caring* et respecte les normes demandées aux auteurs pour la publication. Troisièmement, le dernier article de la thèse présente les trois phases de l'étude et s'intitule *Exploration de la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau via une approche mixte qualitative et quantitative* Il inclut une synthèse des résultats qualitatifs, le processus de développement et de validation du nouvel instrument de mesure sur les facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des CGIPN ainsi que les résultats quantitatifs corrélacionnels dans le but de répondre aux deux derniers objectifs de la recherche (identifier les facteurs (favorables et défavorables) pouvant influencer la QVT des CGIPN œuvrant en

établissements de santé et mesurer les liens entre les caractéristiques sociodémographiques et le choix des facteurs qui influencent la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements de santé). L'investigateur prévoit soumettre le troisième et dernier article qui émane de la thèse dans le périodique *Journal of Mixed Method Research* ou *Quality & Quantity* selon les lignes directrices de la revue préconisée. Les coauteurs ont conjointement signé un formulaire de consentement autorisant la publication des trois articles.

4.1 Article I : A new humanistic Quality of Work Life conceptualization in Nursing Administration based on Human Caring philosophy

Title : A new humanistic Quality of Work Life conceptualization in Nursing Administration based on Human Caring philosophy

Authors :

Sylvain Brousseau, RN, Ph.D (Cand.) is a student at the Faculty of Nursing Sciences at the Université de Montréal, in Québec, Canada. He is also a regular professor at the Nursing department

Département des Sciences Infirmières
Université du Québec en Outaouais
5 rue Saint-Joseph,
Saint-Jérôme, Québec
Canada, J7Z 0B3
(XXX) XXX-XXXX (home)

Chantal M. Cara, Ph.D., RN. is a Full Professor at the Faculty of Nursing Sciences at the Université de Montréal, in Québec, Canada. Dr. Chantal Cara is also a researcher at the Center for Interdisciplinary Research in Rehabilitation and at the Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal.

Faculté des Sciences Infirmières
Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale Centre-ville,
Montréal, Québec
Canada, H3C 3J7

Régis Blais Ph.D. is a Full professor in the Department of Health Administration of the School of Public Health. . He is a researcher at the Public Health Research Institute of the Université de Montréal.

École de Santé Publique
Département de l'administration de la santé
Université de Montréal
7101, Avenue du Parc Montréal (Québec)
Canada H3N 1X7

Abstract

The numerous and successive reorganizations of most Western health-care networks have led to constant pressure on practice conditions in nursing services administration (NSA). In addition, some scientific studies argue that structural and managerial shortcomings due to reorganizations have had a severe impact on Quality of Work Life (QWL) for first-line nurse managers (F-LNMs). In the last forty years, studies have been conducted on the QWL concept in various fields including administration, psychology and sociology, as well as in the discipline of nursing. However, an analysis of the QWL concept in the scientific literature as it pertains to nursing and, more specifically, to NSA, found that it lacks a humanistic perspective. The primary purpose of this article is to demonstrate and explain the potential relevance of the epistemological foundations of the discipline of nursing, nursing knowledge, and more specifically, Watson's Human Caring philosophy to F-LNMs' understanding of the QWL experience. Integrating all these elements led to the development of a humanistic QWL concept that can be used to propose possible solutions for NSA and for scientific research on nursing.

Keywords : first-line nurse managers, discipline of nursing, nursing services administration quality of work life, Watson's Human Caring philosophy.

Introduction

The philosophical foundation for health care administration in Western societies is strongly influenced by the biomedical model and by professional bureaucracy ¹. This vision runs counter to basic principles underlying the human experience in health organizations ². It is clear that this biomedical approach undermines the Quality of Work Life (QWL) of professionals throughout the health network, including first-line nurse managers (F-LNMs). According to Shirey, Ebright and McDaniel ³, F-LNM have knowledge in nursing and administration that promotes the quality and safety of patient care. They argue that adopting an organizational approach based on a holistic and humanistic vision of QWL may be beneficial if it can guarantee a healthy and more equitable work environment for all by placing the stakeholders in the healthcare system and, in particular, F-LNM, at the centre of administrative decisions.

Based on the reviewed scientific evidence and building on the foundations of the discipline of nursing ⁴, nursing knowledge ^{5,6} and Watson's Human Caring philosophy ¹, this article proposes a humanist conceptualization of the QWL of F-LNM and discusses its implications for nursing management and research.

Background

Reforms to health networks across the West have placed enormous pressure on nursing managers. In the interests of economic and financial rationality, management teams and social support in the workplace have been undermined ^{7, 8, 9}. This has eroded social solidarity and even led to contentious relations between F-LNM ^{7, 8, 9}. Reorganizations of work have also expanded the number of roles with purely administrative activities (management of financial, human and material resources) at the expense of clinical activities ^{7, 9}. It also appears that F-LNM supervision ratios vary significantly within organizations and between facilities. According to Mayrand Leclerc ⁷, even though authorities at the highest levels want close employee supervision, at all times, F-LNM are being distracted with other objectives and unforeseen management activities. Many policy decisions on reforms to the health network have resulted in deteriorated conditions of practice for F-LNM and have hastened a

dehumanization of the administrative structure in health care. Cara ¹⁰ and Graber ¹¹ indicate that dehumanization can be associated with the economic constraints leading policy decision-makers to administer healthcare systems based on business management models, limiting the number of human resources in order to make a troubled system more cost-effective. Cara, Nyberg and Brousseau ¹² as well as Watson ^{1, 13} add that the economic constraints in the management of health services create frustration, distress and dissatisfaction among managers, since the focus is mainly on developing biomedical technologies at the expense of the humanization of care and organizations.

The role of manager involves controlling, planning, organizing, directing and managing human, financial, material and informational resources in order to attain the organization's objectives ¹⁴. F-LNMs find their role and responsibilities' challenged by increasingly managerial complex issues such as high levels of productivity amidst financial and human resource constraints without an inadequate training and support¹⁴. The literature ^{3, 7, 8, 9, 14, 15} also suggests that F-LNM's contemporary role has been reorganized by subordinating the clinical practice role in favour of new management practices associated with productivity and efficiency. Furthermore, it is essential for F-LNM to be able to balance clinical and administrative roles as they exercise their clinical and administrative leadership in organizations ^{3, 15}.

In Québec, The report of Table sectorielle nationale du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (Integrated University Healthcare Network' report (National Sectorial Table, (RUIS-NST)) on nursing management ⁹ states that one of the main strategies for establishing a strong health network is to count on the leadership of F-LNM, an approach that will promote the nursing profession at the same time. Humane management of resources, skills, expertise, professional skills and innovation will probably allow F-LNM to offer quality care to clients and, undoubtedly, optimize the environment and QWL of all professionals ¹².

To this end, it is essential that F-LNM have an adequate QWL if they are to provide more humanist management in the organization ¹⁶. Nyberg ¹⁷ argues that nursing services

administration must be derived from and inspired by not only administrative theory, but also the epistemological assumptions underlying the discipline of nursing. Although humanist values in administration are not exclusive to the discipline of nursing, a more humanist management in nursing must also be exercised based on a heuristic process that draws on various kinds of nursing knowledge (empirical, esthetic, ethical, personal, sociopolitical and emancipatory) rooted in political action, creativity, discovery and the transformation of the professional practice of nursing ^{4,5,6}.

Shirey et al. ³ note considerable instability in the composition of nursing management teams over the last two decades. The many restructurings have resulted in frequent movements of personnel, and F-LNM are obliged to do more with less. Shirey et al. ³ argue that a strictly financial and technocratic vision goes against humanist values. This vision is also associated with the elimination of management positions and many inter-facility and inter-service transfers that, in an environment characterized by F-LNM shortages, changes the very nature of management positions. Shirey et al. ³ add that certain F-LNM work under constant pressure, which has an adverse effect on the decisions that are made regarding quality and safety of care.

These multiple organizational changes have adverse effects on the QWL of F-LNM ¹⁸. These authors also report that several human and organizational factors cause some F-LNM to resign, including conflictual relationships, the lack of social support, shortages of health professionals, budget cuts, heavy workloads and changes in governance within nursing administration.

Fitzpatrick and Brooks ¹⁹, Kelly, Wicker and Gerkin ²⁰, Keys ²¹ as well as Wendler, Olson-Sitki and Prater ²² state that some members of the latest generation of nurses have registered in professional development management programs in order to begin careers as nurse managers and then wonder whether they want to continue down this path. These authors also say that a substantial majority of these nurses decide, at the end of the program, to choose a different career profile as clinical advisors. Clearly many F-LNM are unable to find the

equity and practice conditions they seek ²⁰. They do not perceive that facility administrators are willing to address the problems they face or are actively addressing them. The insufficient number of nursing managers also results in fewer head nurse positions, which are replaced with client program management positions that may or may not be held by nurses ⁸.

These findings give cause for concern, since such trends do not allow F-LNM to achieve harmony in the workplace. Scientific publications by Kelly et al. ²⁰, Keys ²¹, Lee and Cummings ²³ and Mayrand Leclerc ⁷ recognize and affirm that the F-LNM's role in health organizations is a crucial issue. This troubling situation underscores the urgent need to adhere to the humanist values of the discipline of nursing in administration, values that are regularly questioned by hierarchical or organizational structures due to reforms and the relentless cutbacks in health services. As presented below, the literature consulted has not explored QWL from the perspective of the discipline of nursing and the humanist philosophy in nursing management.

Systematic review of the literature

Epistemo-ontological aspects of the discipline of nursing

Much like medicine, chemistry, sociology and psychology, the discipline of nursing is structured around professional practice. According to Pepin et al. ⁴, nursing has a unique vision with its own structure, including its processes for reflection, conceptualization and research conducted to develop knowledge. It is also influenced by various philosophical paradigm currents developed by Kuhn. Other authors, such as Chinn and Kramer ⁵ as well as White ⁶, have defined patterns of knowing (empirical, esthetic, ethical, personal, sociopolitical and emancipatory), unique to the discipline, that are used to define and determine activities in different areas of nursing practice (clinical, research, education and administration). The epistemology of nursing (its substance and syntax) represents the basis of actions used to examine complex phenomena and update them in different areas of the practice ^{4,5}. According to these authors, the structure of the discipline represents how we think about, describe and understand different phenomena. They also state that the main concepts underlying nursing are : 1) the environment, 2) the person, 3) health and 4) nursing care. Newman, Smith, Pharris and

Jones ²⁴ argue that the relationships between these key concepts – which are the core of the discipline of nursing and the centre of interest – underscore certain principles that allow us to better understand complex phenomena. They say that the key concepts are continually evolving and, more specifically, must be used to guide all areas of nursing practice. Therefore, and in agreement with Newman et al. ²⁴, it would appear relevant to integrate caring with these key concepts on order to enrich our understanding of the complex phenomena experienced by nurses and support the development of a humanist and ontological conception of QWL.

Since ontology is the core or the very nature of the discipline of nursing, Watson ²⁵ suggests developing a conceptualization based on the ontological foundation of caring to reach a different understanding of the experiential meaning of phenomena, adopting a humanist perspective. According to Watson ²⁵, this vision enriches the construction of knowledge (epistemology) and of the methodologies used to propose new approaches to solving problems in various areas of nursing practice, including, in this instance, administration.

Foundations of humanistic caring philosophy

The Human Caring philosophy grew out of several currents of philosophy of human sciences, in particular the Carl Roger's humanist perspective (1902-1987). This school of thought has strongly influenced several theoreticians in nursing ^{1, 4, 26, 27, 28, 29}. Heidegger ³⁰ had already recognized care as a central element (being-in-the-world) (ontology) and key to understanding human nature, its meaning and interpersonal relationships. The work of Buber ³¹, although it does not specifically mention caring, nevertheless refers to a way of being in relationships (to be caring with others), which consists of a form of authentic dialogue from which emerges an aptitude to listen to others in “human intersubjectivity” ^{25, 32}. Caring is part of the transformation paradigm and goes well beyond care; it is the essence of the discipline of nursing, in addition to transforming our way of being ^{4, 27}. Caring is effectively based on humanist and altruist values that demand attention, understanding, listening, empathy and mutual recognition of individuals ²⁹.

Watson ²⁹ argues that caring is a moral ideal that guides our attitudes toward authenticity, collaboration, trust, commitment and genuineness toward others. This theoretician also suggests that the objectives of this philosophy are to protect, improve and preserve human dignity, and that it also helps improve the wellbeing of people and demonstrate one's presence. Cara ¹⁰ notes that caring can be learned, and gives nursing a humanist vision that transforms the knowledge, people skills and know-how of nurses working in every area of the practice (including in NSA). Consequently, it is indispensable to the development of the human condition. These authors stipulate that a caring-based approach leads individuals to demonstrate behaviours marked by altruism and humanism, thereby helping reduce injustices in society.

For Leininger ³³, the purpose of caring is to assist, support and improve the living conditions of human beings by integrating and drawing on cultural and societal dimensions of relations between the person – in this case the F-LNM – and her colleagues and clients. We believe that this aspect is crucial to F-LNM' socio-professional relationships with others, in full respect of each individual's strengths and weaknesses.

The meta-analysis performed by Finfgeld-Connett ³⁴ reveals that caring has one feature that is indispensable to someone who wants to speak freely in a climate of mutual respect and inter-relational responsibilities. Watson ²⁵ situates caring as ontology of the human relationship that she calls the transpersonal caring relationship. This ontology of relationship represents a way of being and becoming more human with one's self and with others, while being authentically present to another person and his or her needs ^{1, 34}. The humanist philosophy of caring thereby helps establish relationships that can allow executives to support F-LNM, be with them and help them better describe and understand their QWL experience, thereby contributing to a state of wellbeing ¹⁸. In this way upper-level managers can be perceived as co-participants, with F-LNM, in the human care process ^{4, 10, 13}.

Similarly, a work environment that is imbued with these humanist and altruistic values helps humanize care and the organization and promotes the professional satisfaction, well-

being, empowerment and the personal and professional growth of caregivers ³⁵. A work organization marked by caring brings essential benefits to personal empowerment. Phenomenological qualitative studies by Brousseau et al. ³⁵, Cara ²⁶ and Gascon ³⁶ suggest that the behaviours and attitudes produced by caring positively transform nursing practices and the QWL of caregivers. More specifically, results from the phenomenological study by Cara ²⁶ reveal that caring practices foster nurses' empowerment and have a positive impact on the work climate.

Many empirical studies carried out in Anglo-Saxon countries in nursing administration ^{2, 15, 17, 37, 38} report that integrating a humanist philosophy of caring into management is beneficial to F-LNM leadership and skills. Caring is beneficial to nursing leadership, both for the employer and employees, since emphasizing humanist management practices fosters personal growth and professional development and downplays organizational productivity and performance ³⁸. Similarly, McDowell et al. ³⁷ state that a nursing manager who believes in transformational leadership and the values of caring places the individual at the centre of decisions, taking into account the concerns and the negative as well as positive experiences of all professionals during transformations in the healthcare system.

More specifically, a descriptive phenomenological study by St-Germain ³⁹ found that caring has significant impacts on professional growth and employee satisfaction, making for safer care and sustainable service quality for the population served, and this can have real impacts on resources and on short and long-term costs. In other words, it would seem vital for the working environment of F-LNM to be open and marked with humanism, which will help defuse crises and conflicts in the work team. Carrying out only day-to-day budget management and human resource activities may generate dissatisfaction and conflicts ²⁷.

The caring philosophy helps F-LNM develop management skills as they make adjustments to their interventions based on humanist values ^{2, 10, 13} but also based on the knowledge they have acquired in nursing (empirical, esthetic, ethical, personal, sociopolitical

and emancipatory) ^{5, 6}. At the same time, a caring philosophy fosters a more humane resource management ³⁸.

Finally, Cara and Brousseau ¹⁸ as well as Watson ¹ suggest that if F-LNM base their work on values such as respect, collaboration, human dignity, collective freedom, mutuality, integrity, recognition and rigour, their political action will lead to the transformations required to improve their own QWL and the QWL of all the professional stakeholders in their facilities. This is why this issue needs to be addressed in the current and global environment, where administrative and bureaucratic cutbacks at health facilities may lead to a dehumanization and depersonalization of the actors in health organizations, with a negative impact on the QWL of F-LNM.

Epistemology of the concept of quality of working life

The concept of QWL emerged in the early 1960s. The knowledge developed around this concept has mostly been the result of quantitative studies conducted from a productivity and profitability perspective in the western industrial world in the primary and secondary sectors of the economy ⁴⁰. This line of thinking in business management, based mostly on a purely economic rationale, does not take the human dimensions of individuals into account. This rather mechanistic, Cartesian and linear vision involves maximizing the economic performance of work organization. Hsu and Kernohan ⁴¹ argue that the implementation of programs to improve working conditions and involve staff in decision making are crucial aspects of QWL, with benefits to the economy, progress, instrumentalization, productivity and profitability, even before taking into account humanization and organization.

In the 1970s and 1980s, the literature proposed a more multidimensional view (physical, psychological, social and cultural) of the QWL concept based on the complex nature of the workplace, independent of its physical, psychosocial, political or organizational context ⁴⁰. However, this work falls within, in part, a positivist and postpositivist paradigm aimed solely at separately quantifying, measuring and controlling the concept's dimensions. This leaves little room for a subjective understanding of QWL. Note that in the early 1990s, Elizur and

Shye ⁴² were alone in proposing a holistic vision of the concept, but without adding any further details. But what is QWL in the discipline of nursing and, more specifically, for nursing administration?

Overview of quality of work in the discipline of nursing

O'Brien-Pallas and Baumann ⁴³ were the first to develop a theoretical model to examine the various QWL variables in the discipline of nursing. They sought to establish connections between the working environment of nurses, their experiences, the specific features of the health care system and QWL. O'Brien-Pallas and Baumann ⁴³ took the various dimensions of the work environment and broke them down into two groups : internal and external to the health facility. The organization's internal dimensions were structured into four groups of factors : 1) individual wellbeing, 2) social/environmental/contextual factors, 3) work organization, and 4) administration. External dimensions included : 1) user demands, 2) health care policy, and 3) the labour market. This model of QWL establishes significant relationships between work environment, employees and professional working experience in addition to social, economic and political context. However, it would appear that the person is not at the centre of the O'Brien-Pallas model, and the model does not integrate the central and humanist concepts of the discipline of nursing and nursing knowledge.

Most of the scientific literature on nursing dealing with QWL reports on quantitative studies of the relationships between these variables and predictive dimensions for caregivers working in hospital settings ^{44, 45}. These empirical studies also fall within postpositivist lines of thought. In contrast, Delmas ⁴⁴, in a quantitative study, proposes a salutogenic vision of QWL, meaning QWL as a multidimensional and complex feeling of wellbeing at work. This includes the physical, psychological, social and spiritual dimensions of individuals. Similarly, QWL cannot be reduced to a purely quantitative vision; rather, it is a complex phenomenon that must take into account many workplace-related dimensions that are inextricably linked to the subjective experiences of nurses.

In addition to the quantitative studies cited above, two descriptive phenomenological qualitative studies from Quebec^{36, 46} examined the meaning of QWL for nurses practising in hospital and community health settings. In a study of a hospital setting, Gascon³⁶ concluded that QWL means achieving personal, societal, spiritual and professional harmony, integrating the philosophy of the care setting, the manager's leadership, working conditions, professional autonomy and relationships with peers and superiors. In his study of male nurses working in a community setting, Brousseau⁴⁶ indicates that QWL means a work climate imbued with caring and fostering sustained harmony between the nurse's professional and family lives, as well as fulfilment at work. Note that the work of Brousseau⁴⁶ and Gascon³⁶ are based on the ten carative factors of Human Caring proposed by Watson⁶, presented in Table 1.

Table 1
Ten Carative Factors of Human Caring, Watson¹

-
1. Humanistic-altruistic values;
 2. Instilling/enabling faith and hope;
 3. Cultivation of sensitivity to one's self and other;
 4. Development of a helping-trusting, human caring relationship;
 5. Promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings;
 6. Systematic use of scientific and creative problem-solving caring process;
 7. Promotion of transpersonal teaching-learning;
 8. Provision for a supportive, protective, and/or corrective mental, physical, social, and spiritual environment;
 9. Assistance with gratification of human needs;
 10. Allowance for existential-phenomenological spiritual forces.
-

State of current knowledge on quality of work life in nursing services administration (NSA)

QWL in NSA has been examined from the perspective of structural and organizational factors⁸ and dimensions that influence the optimal psychosocial work environment⁷. Among these studies, only the work of Mayrand Leclerc⁷ (a mixed study) and Villeneuve⁸ (a case study) are mainly inspired by the constructivist paradigm to subjectively understand perceptions of the work environment and the organizational factors influencing the professional sphere of F-LNM. The main results of these studies demonstrate that the main

sources of suffering in the collective work experience of F-LNM are overwork, the impossibility of performing all the assigned tasks and the lack of recognition, autonomy and power.

In sum, even though these authors explore the perceptions and lived experiences of F-LNM in their working relationships, the conclusions of their work did not specifically address the QWL concept from the discipline of nursing perspective, nor from the humanist point of view of caring. This is why it is important to demonstrate how the humanist foundation of the discipline of nursing and Watson's ¹ notion of caring can be relevant to achieving a better understanding of F-LNM' lived experience of QWL. What is more, this is why we believe that it is relevant to address this issue in an environment where the administrative and bureaucratic cutbacks in health facilities risk dehumanizing health organizations and negatively affecting the QWL of F-LNM.

The following section proposes a humanist conceptualization of QWL, integrating key concepts of the discipline of nursing and the philosophy of caring while considering many inextricable realities, including bureaucracy, economics, organizational structure and sociopolitical structure. This new conceptualization may have potential for all health organizations, for the scientific nursing community and for NSA by helping policy decision makers measure and explore perceptions and understand F-LNM's subjective experience of QWL.

Proposal for the conceptualization of quality of work life inspired by Watson's Human Caring philosophy

This conceptualization proposal is based on Watson's Human Caring philosophy ^{1, 29}, the theoretical foundations of the discipline of nursing ⁴, NSA ⁷, QWL ⁴³ as well as the humanist model developed by the Faculty of Nursing at Université de Montréal, Canada ²⁸. The proposed bases for a caring humanistic QWL are also derived from the existentialist phenomenology of Heidegger ³⁰, the management's humanization by Aktouf ⁴⁷, Carl Rogers's humanistic theory ⁴⁸, Todres et al. ¹⁶, humanization nursing based on a wellbeing perspective

and emphasize an approach centered on the uniqueness of person's experiencing complex phenomena in the workplace.

The development of this new humanist QWL conceptualization is also derived from the ten carative factors (CF) developed in Watson's human caring philosophy^{1, 29}. It provides a philosophical foundation for caring in nursing profession and is also the basis from which the nurse can highlight her distinctive role within a caring approach philosophy^{1, 29}. Moreover, the contribution of a humanistic value system in nursing administration would give nurses an environment leading to a quality nursing working life and nursing care¹⁸. Nurses should nurture hope in their patients and the nursing administration environment could contribute to the willingness of nurse managers to instill hope in their QWL and contribute to the patient recovery^{10, 12, 13}.

In agreement with Watson^{1, 29}, the recognition and development of feelings helped in self-actualization, personal and professional growth development as a unique person. Moreover, she also pointed out the main responsibility of human resource administration as enabling nurses to encourage growth and human dignity in others¹³.

According to Watson^{1, 29}, the first three CF are interdependent and function together in a process that promotes positive changes in each person within a transpersonal caring relationship. It provides a deeper vision and ethical commitment to the human dimension of caring in nursing administration¹³. The last seven CF, although related to humanistic values and philosophy, correspond to the scientific interrelated factors, based on empirical data essential for the teaching and practice of nursing. For these reasons, we believe that Watson's CF could be valuable to this innovative humanistic QWL conceptualization used to envision a new perspective of this subjective experience within nursing administration.

As presented in Figure 1, the proposed conceptualization integrates key concepts from the discipline of nursing (metaparadigm) : person, environment (personal and work spheres), health and nursing. It is aligned with the paradigm of transformation, which serves as a good backdrop for a different understanding of what influences the QWL of F-LNM from a humanist and discipline of nursing perspective.

The next four tables provide summary descriptions of the various components of the humanist QWL’s conceptualization as inspired by the philosophy of caring, key concepts and the five mode of knowing in the discipline of nursing. Inspired by the original model of QWL proposed by O’Brien-Pallas and Baumann ⁴³, the model’s outer circle represents the numerous inter-related and inextricable realities (sociocultural and political; bureaucratic and organizational; personal, social and professional; and socio-administrative and economic). Table 2 presents a brief description of each of these realities.

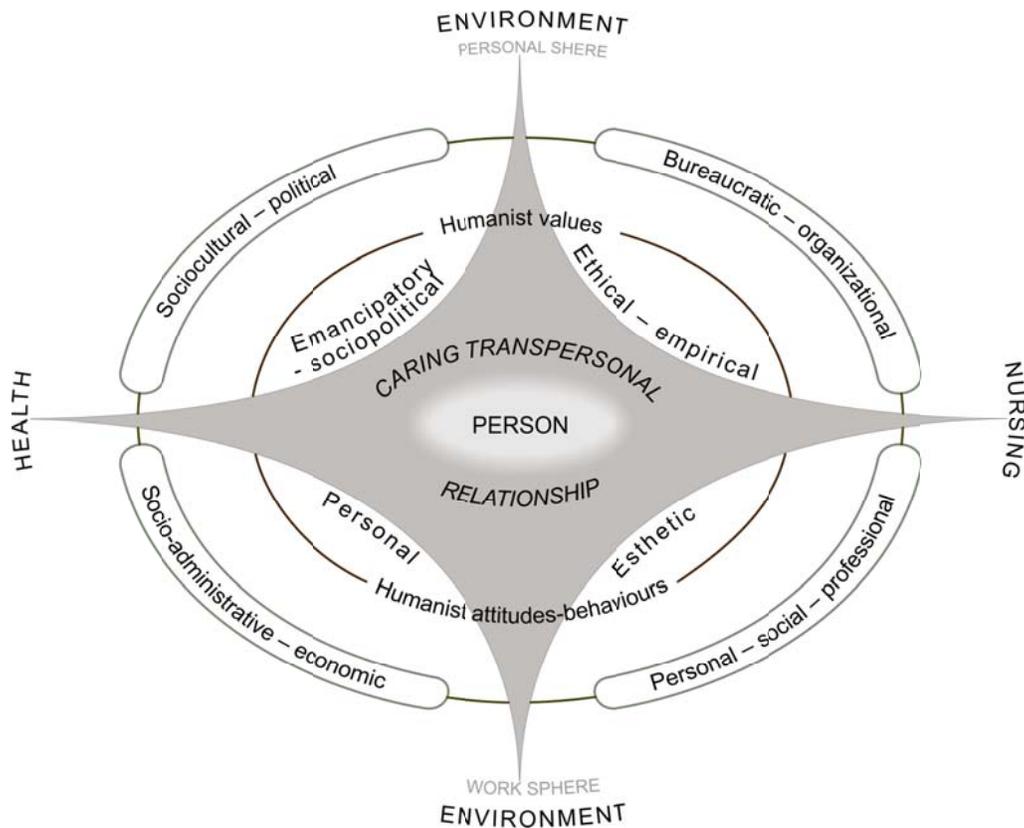


Figure 1. Humanistic Caring Quality of Working Life

Table 2

Summary Description of the multiples realities of a Humanist Conceptualization of QWL ⁴³

Multiple Realities	Summary Description
Sociocultural and political realities	Influences of internal and external sociopolitical decisions on work organization and the person's organizational culture
Bureaucratic and organizational realities	Dimensions specific to work organization, such as the bureaucratic, structural and managerial decisions that directly influence individuals
Personal, social and professional realities	Nature of relationships with family and friends, peer support at work, external organizations, the scientific community, the general community and communication skills
Socio-administrative and economic realities	Support provided by administrators, work requirements (roles and responsibilities), knowledge, ability to cope with changes to the system

The inner circle integrates humanist assumptions and values of caring as proposed by Watson ^{1, 29}. They influence attitudes, which guide behaviour ²⁷. Table 3 presents summary descriptions of these assumptions and values.

Table 3

Summary Definitions of the Humanist Caring Assumptions and Values

Assumptions and values	Summary Definition
Humanistic – altruistic attitudes and behaviours of caring ^{1, 27, 29}	<p>Assistance that helps the individual with understanding, control and self-healing.</p> <p>The nurse as a joint participant in the human caring process.</p> <p>The nurse-person relationship is fundamental.</p> <p>Human caring is the moral ideal of nursing, aimed at protecting, improving and preserving human dignity.</p>
Values of caring ^{1, 27, 29}	<p>Promote freedom of thought and expression by encouraging openness and respect in relationships with others; demonstrate authenticity, listening, presence, compassion, availability and recognition of the uniqueness of each individual; recognize autonomy, creativity, personal and professional competencies and people’s potential.</p>
Humanization ^{47, 49}	<p>Depends on continuous investment in the quality of interpersonal relations with respect for each individual’s beliefs, both personally and professionally.</p> <p>Acknowledges the existence of the universal human predispositions as the source of an intuitive understanding of people. Subjective dimensions of the human experience, which are essential to the person’s knowledge, development and sense of self-worth.</p>

Table 4 describes the six modes of knowing, represented by the four arcs of the outside circle of Figure 1. They are an integral part of the individual. Applying a scientific and dynamic approach, the modes of knowing allow nurses to understand and perceive phenomena and share them with others for application in professional practice^{4, 5}.

Table 4
*Summary Definitions of the Six modes of Knowing
 Generated by the Discipline of Nursing*

Modes of Knowing	Summary Definition
Ethical ^{4,5}	Branch of philosophy examining fundamental principles and basic concepts related to a specific area of knowledge and that are or should be found in human thought and activity; one of the sources of nursing knowledge that refers to moral knowledge.
Empirical ^{4,5}	Development of knowledge from scientific research and the description, explanation, exploration and observation of phenomena.
Esthetic ^{4,5}	Science of nature and art; one of the sources of nursing knowledge that is related to art and simultaneously creates, in a holistic perception, courses of action and results.
Personal ^{4,5}	Knowledge based on personal and professional experience taken from unique situations lived as an authentic person.
Emancipatory ^{4,5}	Consists of a profound belief in people's potential and awareness (critical reflection) in response to the fact that this potential has been denied by domination, oppression and stereotypical roles in society.
Sociopolitical ⁶	Refers to the context of care, which requires an understanding of the sociopolitical environment of patients' and nurses' knowledge of exchanges between the profession and trends in society as well as the roles of each.

Lastly, the points of the star shape in the model lead to the four key concepts (the person, the environment, health and nursing) of the discipline of nursing with, at the model's centre, the person, who is in continuous synergy with every aspect of the humanist model of QWL according to the Human Caring philosophy proposed by Watson¹. Table 5 describes the key concepts of the discipline of nursing.

Table 5
Key Concepts of the Discipline of Nursing^{1, 4}

Key Concepts	Summary Definition
Person	Person is unique and holistic interrelating between internal and external realities (interdependence/inter-influence), living with distinctive experiences and complex phenomena. ,
Environment	Environment is defined by the physical and material universe, marked by spiritual and existential mysteries; the forces of the universe and the immediate environment in the personal and working spheres of one's life. It also corresponds to the organizational and family climate as well as interprofessional and personal relationships, forming a whole that is inherent to the person.
Health	Health is a subjective experience corresponding to the person's harmony mind-body-spirit unity, which is related to the congruence between the perceived self and the lived self. Health is also the perception of this harmony or disharmony at a given moment in time. The wellness is an inner process created by the person's meaning given to one's experience of health.
Nursing	Nursing is to assist the person, through a transpersonal relationship, in finding meaning in one's health experience, disharmony, suffering and life. It focuses on the idea that a nurse and a person are brought together in an appropriate environment. The nurse must take direct action to assist the person's needs and help promote self-perception and self-esteem.

The person (the F-LNM) is therefore a unique being who perceives, has experiences and must remain at the heart of the concerns of the organization in which she/he works. This is why the person is at the centre of our conceptualization (see Figure 1), contributing to the discovery of a new facet of QWL that, to our knowledge, has not yet been explored under the humanist vision proposed by Watson¹. This new conceptualization we suggest is essentially based on human beings' lived experience and on humanization from both a personal and organizational perspective, which form an indivisible whole. The development and application of such conceptualization may allow F-LNM to find real meaning in their work as managers, since it has altruistic and humanist foundations. Consequently, F-LNMs enter into a reciprocal relationship with their peers, called transpersonal caring relationship²⁹, while interacting with their work environment, allowing them to improve their QWL.

Lastly, integrating a humanist approach will give sustained added value to QWL. Aktouf⁴⁷, Arbuckle⁴⁹, Cara¹⁰, Todres et al.¹⁶ and Watson¹³ believe that all stakeholders (managers, professionals and policy decision makers) of the health care network, individuals, the system and the organization benefit from a humanization process. Under this conceptualization, other stakeholders owe each person every consideration in terms of her freedom, abilities, individuality and dignity.

Implications for nursing administration

The new humanist conceptualization of QWL proposed for F-LNM may allow organizations and decision makers in the health network to better understand this phenomenon in nursing services administration (NSA) in its entirety. This new concept may help us develop and implement NSA interventions that optimize the QWL of F-LNM based on an organizational humanization perspective¹⁰.

The purpose of QWL is also to make the workplace more compatible with one's overall living environment, including its socio-personal, socio-professional, sociocultural and spiritual aspects. The nursing manager's health remains a critical component, since it is affected on a daily basis by the organization's values and philosophy, by personal attitudes, beliefs and activities and by the individual's cultural, political, social, economic and material environments^{11, 13}.

From a QWL perspective, health facilities must promote humanist values that are tailored to F-LNM's family and professional realities^{10, 11, 13}. Furthermore, policymakers in health organizations need to work closely with employers to encourage an optimal work climate that promotes the QWL of F-LNM up to the point where they re-think the economics, business and management model from a humanistic perspective and toward a long-term goal^{11, 49}. However, this will probably be realistically achievable only if they can rely on a governmental paradigm shift^{11, 49}. As noted by Cara¹⁰, Cara and Brousseau¹⁸, Paliadelis et al.¹⁵ and Watson¹³, health facilities should foster caring values and attitudes, through partnerships of nursing managers, directors and caregivers, interdisciplinarity, professional

commitment, transparency between co-workers, relational support, open communication and constructive feedback. These values and attitudes allow F-LNM to carry out their duties in a context of wellbeing, personal and professional growth and empowerment ¹⁸.

Brousseau ⁴⁶ and Shirey et al. ³ suggest that health promotion is an approach that encourages individuals to take charge of their emotional, social and physical health. These authors also state that harmonizing these different aspects of health can help foster job satisfaction, wellbeing and organizational health, and therefore enhance QWL.

Consequently, the humanist philosophy of caring remains an appropriate perspective for deepening our profound understanding of the lived experience of F-LNM and for developing solutions aimed at personal and professional growth. Accordingly, such an approach may well bring sustainable added value in order to change behaviours and contribute to the emergence of new knowledge on QWL that will prove useful to NSA stakeholders.

As noted by Bondas ⁵⁰, Cara ¹⁰ and Watson ¹³, a humanist approach will help F-LNM modernize their leadership and will give new meaning to their work. Drawing on their lived experience and based on this philosophy, F-LNM and the management practice community will be able to find the means to freely express themselves and address the constraints in the health care system by basing their interventions on the many types of knowing developed by the discipline of nursing, caring and administrative knowledge ^{10, 13}. This disciplinary view will allow F-LNM to acquire administrative competencies and humanist leadership skills in a health network that is in continuous transformation ^{10, 11, 13}.

Furthermore, the humanist philosophy of caring could allow F-LNM to freely reflect, express themselves confidently, discuss their ideas and projects with decision makers and constructively formulate their misgivings and differences of opinion when confronted with an organizational change ¹⁰. For example, by drawing on different modes of knowing (ethical, empirical, esthetic, personal, emancipatory ⁵ as well as sociopolitical ⁶), F-LNM will be better

equipped to recognize sociopolitical problems, inequalities and injustices in order to find creative solutions to these problems in nursing administration practice.

As a result they will, through more political action, bring about the changes required to improve their own QWL and that of all caregivers ¹². In the process, a practice of caring for one's self as well as for others depends on a work environment that promotes health optimization ¹. Caring also implies knowing one's limits as a human being in order to be able to find the time needed to care for one's self ^{1, 12, 29}. These same authors say that it is important to participate in the transformation and wellbeing of others to the extent that people remain attentive to the risk of being overinvested in their work, since a fully selfless altruism may lead to a feeling of powerlessness and burnout ¹².

Such a workplace would also contribute to a humanist QWL for F-LNM. In line with the philosophical assumptions of Watson ^{1, 29} and work by Aktouf ⁴⁷ and Cara ¹⁰, ethically speaking, health facilities must implement an organizational structure based on the principles of humanization, since this is how to foster a workplace centered on the person and his or her professional and personal life experience by preserving personal dignity, wholeness and human integrity. So there seems to be an urgent need for values founded in administration and economics to evolve into the more humanist and holistic approaches of healthcare settings as a way of supporting all nursing management teams.

F-LNM must enter into reciprocal relationships with their peers, which will produce an optimal QWL both for them and all of the other professionals in the organization. As per Cara ¹⁰, it is through approaches based on humanist and sustainable QWL that we will encourage integration of the next generation and the recruitment and retention of nursing managers. There will be positive impacts in terms of the sustainability of human resources, accessibility, continuity and QWL, as well as satisfaction, among professionals and clients, with the services offered ³⁹. Subsequently, this organization will foster a workplace aimed at developing and refreshing the skills of F-LNM through lifelong learning, coaching, collegiality, innovation,

mentoring and discussions that will encourage reflective practice among staff members (senior management, management peers, and medical and non-medical staff) ^{2, 18}.

Implications for nursing administration research

In epistemological terms, use of this conceptualization in nursing research may help identify potential new solutions for achieving QWL in the profession. As noted by Dubois, Girard and Fleury ⁵¹, a partnership between investigators working in governance of nursing administration, healthcare settings and administrators contribute to improved knowledge on QWL and develop concrete solutions. The proposed conceptualization could therefore contribute to the advancement, transfer and dissemination of knowledge in these areas. This conceptualization could be used to develop an instrument for measuring QWL in nursing administration, by integrating the humanist assumptions of caring proposed by Watson ^{1, 29}. Since this new conceptualization has never been validated in the field, it would be worthwhile to use this model in quantitative studies designed to measure QWL among F-LNM in health facilities.

Applying the humanist perspective of caring to a participatory action study, this model may well be able to better identify needs in the F-LNM profession that, very possibly, will lead these stakeholders in the healthcare network to feel more respected, valued, satisfied and motivated. So, and in agreement with Cara ^{10, 26}, Cara et al. ¹², Graber ¹¹ and Watson ¹³, the nursing managers who adopt such a manner of dealing with people may develop renewed holistic practices that are highly meaningful in management.

Lastly, we also suggest that the proposed conceptualization is, among other things, innovative because it takes into account the unity of human beings, taken holistically, and opens a door to an advancement of knowledge in nursing sciences by using, for example, grounded theory or other research approaches. Hence the body of knowledge will be enriched through an understanding of the phenomena around the F-LNMs 'QWL, based on their unique experience. As part of a hermeneutic or descriptive phenomenological future research, the conceptualization of humanistic QWL based on the Watson's Human Caring philosophy ^{1, 29}

could help the nursing scientific community to better understand the global essence of this phenomenon.

Conclusion

A review of the scientific literature published over the last ten years revealed that F-LNM have been working in difficult environments characterized by budget cutbacks that, in the long term, lead to burnout and professional dissatisfaction. The survival of nursing governance in the healthcare network depends on our ability to address this problem.

Development of the humanist conceptualization is not intended as an attempt to resolve all the QWL problems of nurses working in nursing management. However, the proposed conceptualization requires the emergence of new epistemologies in nursing, built from a humanist ontology that could prove useful in future studies aimed at discovering or reaching a new understanding of the essence of the QWL of F-LNM. The humanist conceptualization of QWL consists of interrelated realities and concepts (person-environment-health-nursing) that are interdependent. Integrating these humanist premises in the discipline of nursing could help investigators and decision makers in healthcare settings identify various as-yet unknown human factors that may influence the QWL of F-LNM. The different components of this conceptualization also form a series of levers inextricably linked to action and on which each health organization can draw support as it establishes its priorities. Based on an in-depth analysis of realities in the field, the organization could identify key actions that need to be taken to ensure and consolidate significant progress in QWL among F-LNM. So based on lived experience and the various components of the model described above, this new conceptualization may help generate new QWL solutions that have so far received minimal attention.

It should also be mentioned that QWL is essentially based on the attitudes and behaviours as well as the personal values of each individual (administrators, F-LNM, clients, decision makers, staff members) representing the stakeholders in the healthcare network. These stakeholders have a duty to make the profession of nursing manager more attractive and

emancipating. To this end, health decision makers around the world should renew their political will and leadership to invite a paradigm shift toward a bureaucracy and economics that are open to organization-wide humanization at all levels of healthcare systems. Drawing on the components of the conceptualization presented above, global leaders in health and social services could develop a policy based on the humanization of health service organizations. This may lead to humanizing reforms, out of which will arise holistic practices that are very meaningful to nurses working in nursing administration.

References

1. Watson J. *Nursing. The philosophy and science of caring*. Revised & Updated Edition. Boulder: University Press of Colorado; 2008b.
2. Ray MA, Turkel MC. Marilyn Anne Ray's theory of bureaucratic caring. In: Parker ME, Smith MC, Eds. *Nursing theories & nursing practice*. 3rd ed. Philadelphia, Pa: F.A. Davis Company; 2010: 472-494.
3. Shirey M, Ebright PR, McDaniel A. Nurse manager cognitive decision-making amidst stress and work complexity. *J Nurs Manage*. 2013; 21:17-30. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01380.x
4. Pepin J, Kérouac S, Ducharme F. *La pensée infirmière*. 3^e   d. Chenelière   ducation, Montréal, Québec; 2010.
5. Chinn PL, Kramer M. *Integrated theory and knowledge development in nursing*. 8th ed. St-Louis, Mo: Mosby Elsevier; 2011.
6. White J. Patterns of knowing: Review, critique, and update. *ANS*. 1995; 17:73-86.
7. Mayrand Leclerc M. *Descriptions et stratégies optimisant l'environnement psychosocial du travail des chefs d'unité(s) de soins infirmiers de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal*. Thèse doctorale inédite. Université Laval, Québec; 2006.
8. Villeneuve F. *L'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmières-chefs : six études de cas dans trois hôpitaux du Québec*. Thèse doctorale inédite. Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec; 2005
9. Table Sectorielle Nationale des RUIS en Soins Infirmiers. *Deuxième avis sur le leadership infirmier en gestion dans le réseau de la santé*. Québec; 2010.
10. Cara C. *Une approche de caring pour préserver la dimension humaine en gestion*. Communication présentée dans le cadre d'un congrès d'infirmières gestionnaires   ouvrant dans les soins d'urgence. St-Sauveur, Québec; 2008.
11. Graber DR. Organizational and individual perspectives on caring hospitals. *JHSA*. 2009; 31:517-537.
12. Cara C, Nyberg J, Brousseau S. Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's healthcare system. *NAQ*. 2011; 35:6-14.
13. Watson J. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *NAQ*. 2006; 30:48-55.

14. Tarrant T, Sabo CE. Role conflict, role ambiguity, and job satisfaction in nurse executives. *NAQ*. 2010; 34:72-82. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3181c95eb5
15. Paliadelis P, Cruickshank M, Sheridan A. Caring for each other : How do nurse managers 'manage' their role? *J Nurs Manage*. 2007; 15:830-837. doi: 10.1111/j.1365-2934.2007.00754.x
16. Todres L, Galvin KT, Holloway I. The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *QHW*. 2009; 4:68-77.
17. Nyberg JJ. *A caring approach in nursing administration*. Denver, Co: University Press of Colorado; 1998.
18. Cara C, Brousseau S. *Creating a humanistic caring culture to preserve quality of working life in nursing administration*. Communication présentée à la 32e conférence internationale du *Human caring*. San Antonio, Tx. 2011.
19. Fitzpatrick T, Brooks BA. The nurse leader as logistician : Optimizing human capital. *JONA* February. 2010; 40:69-74. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181cb9f3b
20. Kelly LA, Wicker T, Gerkin RD. The relationship of training and education to leadership practices in frontline nurse leaders. *JONA*. 2014; 44:158-163. doi: 10.1097/NNA.0000000000000044
21. Keys Y. Looking ahead to our next generation of nurse leaders : Generation X Nurse Managers. *J Nurs Manage*. 2014; 22:97-105. doi: 10,1111/jonm. 12198
22. Wendler MC, Olson-Sitki K, Prater M. Succession planning for RNs : Implementing a nurse management internship. *JONA*. 2009; 39:326-333. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181ae9692
23. Lee H, Cummings GG. Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: A systematic review. *J Nurs Manage*. 2008; 16:768-783. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00879.x
24. Newman MA, Smith MC, Pharris MD, Jones D. The focus of the discipline revisited. *ANS*. 2008; 31:E16-E27.
25. Watson J. *Postmodern nursing and beyond*. New edition. Boulder, Co: Watson Caring Science Institute; 2011.
26. Cara CM. *Managers' subjugation and empowerment of caring practices : A relational caring inquiry with staff nurses*. Doctoral thesis unpublished. University of Colorado, Health Science Center, USA; 1997.

27. Cara C, O'Reilly C. S'appropriier la théorie du *Human caring* de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *RSI*. 2008; 95 :37-45.
28. Cara C, Girard F. *The humanist model of nursing care : A driving force for nursing education*. Poster presented at the 34th conference of the International Association for Human Caring. Florida, USA; 2013.
29. Watson J. *Human Caring science. A theory of nursing*. 2nd ed. Boulder, Co: Jones & Barlett Learning; 2012.
30. Heidegger M. *Being and time*. New York: Harper and Row; 1962.
31. Buber M. *I and Thou* (W. Kauffman, Trans.) New York: Scribners; 1970.
32. Ranheim A. Caring and its ethical aspects—An empirical philosophical dialogue on caring. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2009; 4:78-89. doi:10.1080/17482620902727300
33. Leininger M. Part one : The theory of culture care diversity and universality. In M.E. Parker & M.C, Smith Eds. *Nursing theories & nursing practice*. F.A. Davis Company, Philadelphia: USA; 2010: 317-328.
34. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *JCN*. 2008; 17:196-204. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02168.x
35. Brousseau S, Alderson M, Cara C. A caring environment to foster male nurses' quality of working life in community settings. *IJHC*. 2008; 12:33-43.
36. Gascon J. *La signification de la qualité de vie au travail d'infirmières œuvrant en milieu clinique*. Mémoire de maîtrise inédite. Université de Montréal, Montréal, Québec; 2001.
37. McDowell JB, Williams RL, Kautz DD. Teaching the core values of caring leadership. *IJHC*. 2013; 17:43-51.
38. Pipe TB. Illuminating the inner leadership journey by engaging intention and mindfulness as guided by caring theory. *NAQ*. 2008; 32:117-125.
39. St-Germain D. *La sécurité des patients : la contribution de l'approche de caring des infirmières œuvrant en soins de réadaptation*. Thèse doctorale soumise pour publication par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal; 2007.
40. Martel J-P, Dupuis G. Quality of work life : Theoretical and methodological problems and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*. 2006; 77:333-368. doi: 10.1007/s11205-004-5368-4

41. Hsu M, Kernohan G. Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *J Adv Nurs*. 2006; 54:120-131.
42. Elizur D, Shye S. Quality of work life and its relation to quality of life. *Applied Psychology : An International Review*. 1990; 39:275-291. doi: 10.1111/j.1464-0597.1990.tb01054.x
43. O'Brien-Pallas L, Baumann A. Quality of nursing worklife issues : A unifying framework. *Can J Nurs Adm*.1992; 5:12-16.
44. Delmas P. *Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress perçu et les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises*. Thèse doctorale inédite. Université de Montréal, Montréal, Québec; 2001.
45. Manojlovich M, Laschinger H. The nursing worklife model : Extending and refining a new theory. *J Nurs Manage*. 2007; 15:256-263. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00670.x
46. Brousseau S. *La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail*. Mémoire de maîtrise inédit. Université de Montréal, Montréal, Québec; 2006.
47. Aktouf O. *Le management; entre tradition et renouvellement*. 4^e éd. Gaëtan Morin, Éd. Montréal, Québec; 2006.
48. Rogers C. *A way of being*. Introduction by I. D. Yalom. Houghton Mifflin Company: Boston New York USA; 1980/1995.
49. Arbuckle GA. *Humanizing healthcare reforms*. London, UK: Jessica Kingsley Publisher; 2013.
50. Bondas T. Preparing the air for nursing care : A grounded theory study of first line nurse managers. *JRN*. 2009; 14:351-362. doi: 10.1177/1744987108096969
51. Dubois S, Girard F, Fleury D. *L'université de Montréal et le Centre hospitalier universitaire de Montréal : un partenariat académique et organisationnel réel, soigné et engageant !* Actes de colloque de l'AIUP. Rabat, Maroc; 2010.

Acknowledgements

The lead author would like to thank the funding organizations for the financial support received for this study : the Faculty of Nursing of the Université de Montréal, the Centre for Training and Expertise in Nursing Administration Research (FERASI) of the Université de Montréal, the Quebec Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), the Faculté des études supérieures et postdoctorales (FESP) of the Université de Montréal, and the Canadian Nurses Foundation. He would also like to thank Dr. Sylvie Dubois and Dr. Mélanie Lavoie-Tremblay for their insightful comments.

4.2 Article II : The experiential meaning of first-line nurse managers' quality of work life in an affiliated university hospital : A relational caring inquiry

Title : The experiential meaning of first-line nurse managers' quality of work life in an affiliated university hospital : A relational caring inquiry

SUMMARY

Based on Watson's philosophy of Human Caring, the aim of this phenomenological study, using Cara's Relational Caring Inquiry methodology, is to describe and understand the quality of work life's (QWL) experiential meaning, or lack thereof, for first-line nurse managers (F-LNMs) working in a university-affiliated hospital in Québec, Canada. Five eidos-themes emerged from the analysis of the data from 28 interviews, narrowing the experiential meaning of FLNMs' QWL. In addition, three specifically concerned the meaning of the absence of QWL. Hence, the primary essence of the phenomenon states that experiential meaning of QWL for these health's professional is : **“the socioprofessional emancipation of the first-line nurse manager's as a clinical administrator within a humanistic organization.** On the other hand, three eidos-themes emerged regarding the meaning of the absence of a QWL, the meaning of this phenomenon is **“a disharmony in the first-line nurse manager's work within a dehumanizing organizational structure, which jeopardizes his work as a clinical administrator”.**

Keywords : first-line nurse managers, phenomenological method, quality of work life, Relational Caring Inquiry, Watson's Human Caring philosophy.

Background

Over the years, health facilities have undergone several structural changes, which has led to a gradual deterioration of first-line nurse managers (F-LNMs) practice conditions. Moreover, these structural reforms have generated tensions and destabilized members of the nurse management team (Mayrand Leclerc, 2006; Shirey, 2006; Shirey, McDaniel, Ebright, Fisher, & Doebbeling 2010; Villeneuve, 2005). The multiple organizational restructurings within the healthcare system would appear to be a root cause of the dissatisfaction and professional burnout among first-line supervisors (Laschinger & Finegan, 2008; Lee & Cummings, 2008; Shirey, Ebright, & McDaniel, 2013; Mayrand Leclerc, 2006; Villeneuve, 2005). Shirey et al. (2013), Mayrand Leclerc, 2006 and Villeneuve (2015) claim that the restructuring of the healthcare system resulted in a high rate of absenteeism and turnover among the F-LNMs. More specifically, certain studies (Lee et al., 2010; Shirey et al, 2010, 2013) show that many F-LNMs experience sluggishness and report pain as well as

psychological distress in the workplace, which, in the long run, can have negative effects on their emotional health and QWL. Over the past decade, other studies (Brown, Fraser, Wong, Muise, & Cummings, 2013; Cziraki, 2012; Harlos & Axelrod, 2008; Shirey, Ebright, & McDaniel, 2008; Shirey et al, 2010; Surakka, 2008; Villeneuve, 2005) report that these emerging problems are accompanied by demoralization, demotivation and professional burnout among the F-LNMs. However, the above studies do not report or establish a direct link with the QWL phenomenon among these healthcare professionals.

Framework of reference and disciplinary perspective

Given that, to our knowledge, there is no identified frame of reference regarding the QWL in published literature that is specific to F-LNMs, we chose to retain the one used for staff nurses, developed by O'Brien-Pallas and Baumann (1992). This reference framework situates the person's work in its socio-cultural context by establishing a relationship between the nurses' personal experiences, including those brought about by government policies and the economic conditions that influence decisions regarding healthcare organizations. More precisely, O'Brien-Pallas and Baumann (1992) QWL' multidimensional framework of reference was used to build the interview guide to realize the data collect, to perform the manual phenomenological data analysis, to present and interpret the results. Moreover, given that we are exploring the experiential meaning of the QWL, this multidimensional reference framework was the basis for discussing the results, in order to better describe and understand this phenomenon related to nursing management in its entirety. The next section describes concisely the human caring philosophy used, as a nursing perspective, within this phenomenological qualitative study.

Watson's (2008a, 2008b, 2012) Human Caring philosophy along with her ten carative factors or clinical caritas were used to provide a disciplinary perspective for this study. According to this humanistic philosophy, every organization should respect and welcome people (F-LNMs) by providing an environment conducive to the development of their potential and favourable to their health (Cara, 2008; Cara & Brousseau, 2011; Graber, 2009; Kingston & Brook Turkel, 2011; Pipe, 2008; Turkel, 2003). These authors recognize that a

humanistic environment promotes the satisfaction of human needs that are essential to the development of a person. Overall, the frame of reference and disciplinary perspective in nursing, selected for this study, will integrate a caring perspective in the nursing administration practice to study the QWL of F-LNMs.

Literature review

First-Line Nurse Managers (F-LNMs) Scope of Practice

The F-LNMs' role is to assume a transformational leadership when it comes to the planning, organizing as well as leading of the care and services. They must play a political role in influencing the decisions relating to the management of human, financial, material and informational resources, in order to achieve the goals of the organization (Laschinger & Wong, 2007; Mayrand Leclerc, 2006; Paliadelis, 2004, 2005, 2006, 2012; Paliadelis, Cruickshank & Sheridan, 2007; Shirey, 2006; Shirey et al., 2013). According to management practice standards of the American Nurse Association [ANA] (2009), in addition to assuming their functions, F-LNMs defend the interests of the hospitalized clients to ensure their well-being along with quality and care safety. They regularly update their professional management skills to achieve ministerial and organizational requirements for the optimal management of the nursing staff's work environment, for both accessibility and continuity of care and services provided to the population (ANA, 2009; MSSS, 2012). More specifically, the results of the Australian feminist qualitative study, done by Paliadelis (2006, 2012), reveal that F-LNMs must fully assume their power to influence and their nursing leadership in order to improve the quality of care within health organizations.

Moreover, the literature reviewed indicates that a large portion of the F-LNMs' time ends up being devoted to the administrative management of operations, including : staff training, management of work schedules, mentoring, replacements, completion of forms of all kinds, participation in a variety of meetings, drafting of minutes, checking of payroll, and even the supervision and delivery of other peoples' mail. Finally, achieving a balance between the F-LNMs' involvement in their clinical and administrative roles is essential in assuming their clinical-administrative leadership within the organization (Bondas, 2009; Laschinger & Wong,

2007; Lee & Cummings, 2008; McDowell, Williams, & Kautz, 2013; Meyer et al, 2011; MSSSQ 2007; Paliadelis, 2006, 2012; Paliadelis et al., 2007; Shirey, 2009; Shirey et al., 2008; Surakka, 2008). In the next section, we will discuss the ins and outs of the concept of QWL within nursing.

The quality of work life (QWL) in nursing discipline

O'Brien-Pallas and Baumann (1992) developed a nurse's QWL model in order to examine the variables that influence it. The authors aimed to establish connections between the nurses' work environment, their experiences as well as the characteristics of the healthcare system. They categorized the different dimensions of QWL on two axes, the internal and external to the organization, and offer many relationships between the person's internal and external dimensions and the nurses' QWL. They stipulate that the nurses' work is situated within a sociocultural perspective, linking their personal experience, socioeconomic background, the job market, as well as the interests and political priorities of the various levels of government in healthcare, and this without taking into account the nurse's personal and professional values. Note that this model only takes into consideration the working dimensions of staff nurses, and would require adjustments to reflect the characteristics of F-LNMs. As such, the model shown in Figure 1 was chosen as the reference framework in nursing for this qualitative phenomenological study.

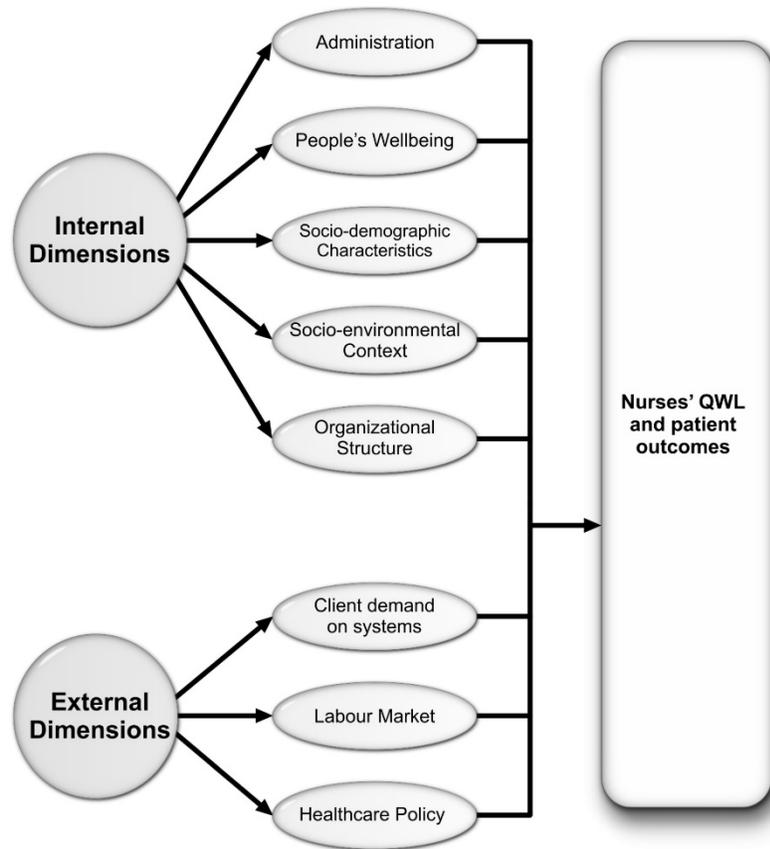


Figure 1. QWL model (O'Brien-Pallas & Baumann, 1992)

Recently, certain reviews of the literature concerning nurses (Vagharseyyedin, Vanaki, & Mohammadi, 2011; Webster, Flint, & Courtney, 2009) reveal that QWL is composed of both personal and professional dimensions. According to these studies, QWL is dependent upon nursing leadership, decision-making autonomy, various shifts, compensation, relationships with colleagues, socio-demographics and a variety of constraints related to the workload. They outline QWL as a complex phenomenon that must take subjective experience and people's perception at work into account.

In the field of nursing administration, the identified authors have only scratched the surface of the QWL phenomenon. Indeed, the few published qualitative studies deal with distress and suffering at work (Shirey, 2006; Udod & Care, 2012), structural factors (Villeneuve, 2005), factors that influence attraction and retention (Brown et al, 2013),

emotional health (Keys, 2014; Shirey et al., 2013), organizational structure (Laschinger & Wong, 2007), dimensions that influence the optimal psychosocial work environment (Mayrand-Leclerc, 2006) and the F-LNMs lack of influential power at work (Paliadelis, 2006, 2008, 2012). Among these studies, Paliadelis (2006, 2008) conducted a qualitative study in Australia, inspired by a feminist perspective, on the subjective experience of the F-LNMs' life at work. The results of this study show that the F-LNMs' unit experienced role and responsibilities without significant leadership and organizational power. Paliadelis (2012) concluded that they are not adequately represented on the decision making policy and financial committees of healthcare organizations. She also revealed that F-LNMs experienced overwhelmed by an ever-expanding and poorly resourced role and felt unsupported by the organization, particularly in relation to their managerial responsibilities. In summary, none of these studies have looked specifically at QWL from the perspective of Watson's Human Caring (2008a, 2008b) among the F-LNMs. Furthermore, previous qualitative and quantitative studies have examined primarily the concepts surrounding QWL. Considering the lack of knowledge about the QWL of F-LNMs, it is crucial that such a study be done to describe and understand the experiential meaning of the QWL of these professionals and suggest possible solutions in a context that is often difficult for these managers.

Aim

The aim of this phenomenological research is to describe and understand the experiential meaning of the QWL or lack thereof, for F-LNMs working in a university-affiliated hospital (UAH).

Methodology

The selected research methodology is coherent with the chosen disciplinary perspective. Indeed, Watson (2008a, 2008b, 2012) strongly recommends the use of an existential-phenomenological approach because it helps to better explore and understand the meaning and experience, as lived and perceived by the research participants. Inspired by the work of several authors including those related to the caring philosophy and phenomenological methodology (Buber, 1970; Gadow, 1994; Husserl, 1970; Ray, 1991; Reeder, 1991; Watson, 2008a, 2008b,

2012), the qualitative method entitled "Relational Caring Inquiry" (RCI) developed by Cara (1997, 1999) and used especially by O'Reilly (2007), aims to describe and understand phenomena in the nursing discipline (O'Reilly & Cara, 2014).

As suggested by Cara (1997), we carried out a bracketing, that is to say, the recognition of our preconceptions with regards to the phenomenon studied, in order to research the description as experienced by the participants. As such, at the outset, we stated our beliefs, prejudices and opinions in relation to the concept of QWL and the disciplinary viewpoint of Human Caring in order to address the phenomenon with the greatest possible openness to the participants' perspective (O'Reilly & Cara, 2014). Note that these preconceptions also come from personal experiences in nurse management, observations, the reflective log, field notes and readings that have been completed during the systematic review of scientific literature regarding the phenomenon studied.

Participants and milieu

Qualitative research favours the use of non-probability samples and does not usually specify clear rules regarding their size (Houser, 2012; Munhall, 2012). Regarding the recruitment of participants, Munhall (2012) points out that it is the phenomenon being studied that dictates the sampling method, or even the type of participants, and not the reverse. The target population for this qualitative study consists of the F-LNM's selected from all those working in a university-affiliated hospital (UAH) in the Montreal area. Note that since 2004, a caring perspective was implanted in the studied environment (Roy & Robinette, 2004).

After receiving the approval from the Scientific Committee of the Faculty of Nursing at the Université de Montréal and the Research Ethics Board (REB) of the UAH to conduct the study, a certificate of authorization was issued by the institution in November of 2010. Together with the Director of Nursing (DN), we held an information session with all the establishment's F-LNMs, who were then invited to participate in the study. Following an invitation to a meeting organized by the DN, the main researcher presented the project to the F-LNMs who were present. Among the 30 F-LNMs, 14 expressed a desire to participate in the

research and were able to complete and sign the consent form, which included a section that enabled the researcher to collect their socioprofessional data. This form explained the research project in detail, specifying the purpose, the terms and conditions of participating, advantages, disadvantages and possible risks. The DN offered clerical assistance by making appointments for the participants' individual interviews, while respecting the privacy and anonymity of each one. In closing, the F-LNMs were free to participate or not participate to the research. The following section outlines the systematic process of the descriptive phenomenological qualitative method.

Data collection and analysis

Figure 2 shows the process followed during the study and a summative description of the collection and analysis of the data using the RCI phenomenological method developed by Cara (1997, 2002). The semi-directed interviews were conducted over a six-month period (February to July 2011) with 14 participants to achieve data redundancy (Benner, 1994).

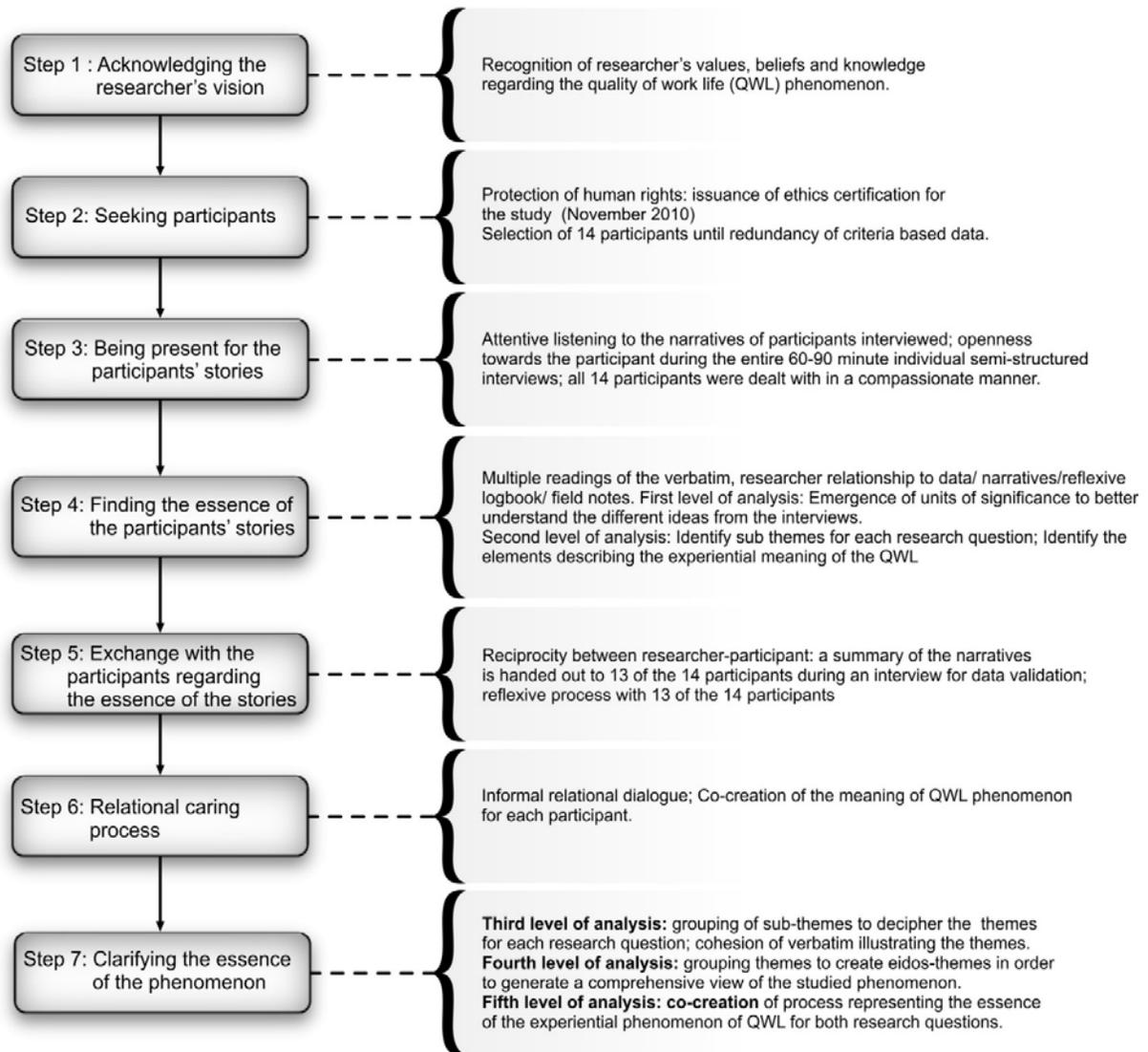


Figure 2. Summary of the Relational Caring Inquiry (RCI) process (Cara, 1997, 2002)

Scientific Criteria

In this study, the qualitative criteria method's scientific nature corresponded to those developed by Lincoln and Guba (1985) and Whittemore, Chase and Mandle (2001). Those selected for the study were : authenticity, credibility, the researcher's continuous critique, integrity and transferability of the data.

Data authenticity determines whether the results of the study adequately reflect the experiences expressed by the participants. We were able to implement this strategy by

following the phenomenological method : 1) phenomenological reduction and bracketing, 2) intentionality and intuition, 3) reading and repeatedly re-reading the interviews, and 4) delineating units of meaning (Cara, 2004; O'Reilly & Cara, 2014). The authenticity of the data was ensured by respecting phenomenological reduction and bracketing on the part of the researcher (recognition of its values and beliefs in regards to the phenomenon) (O'Reilly & Cara, 2014). Other means used for protecting authenticity were added, such as : multiple readings and proofreading of the interviews, maintenance of a logbook, inter-rater validation between the researchers to confirm that the results corresponded to the experiential meaning of the QWL phenomenon, as described by the participants surveyed (O'Reilly & Cara, 2014). In this regard, it should be mentioned that following the withdrawal of one of the 14 participants, it was not possible to validate the interpretation of the metaphors he used during his interview. Using the logbook and field notes, combined with the content of the interview, it was possible to remain as close as possible to the participant's meaning to ensure the accuracy of the description and interpretation of the data.

The criterion of **Credibility** allows the researcher to observe the extent to which the results of this study adequately reflect the phenomenon at hand. Credibility is achieved by ensuring that : 1) a diversified group of participants has been selected, 2) redundant data have been obtained, 3) the data from the process and the analysis have been validated (by other researchers), 4) the researcher has engaged in free imaginary variation and eidetic reduction, and 5) the phenomenon has been recognized by an expert in phenomenology (Cara, 2004; Whitemore et al., 2001). The credibility was achieved by ensuring that the results really described the QWL phenomenon by using data validation by means of diversification of participants and experts. Credibility was also assured by the interviews until data redundancy, free and imaginary variation, eidetic reduction, as well as by the strict division of meaning units to identify sub-themes, themes and eidos themes (O'Reilly & Cara, 2014).

A critical attitude on the part of the researcher – drawn upon to set aside preconceptions – was crucial to ensuring phenomenological rigour. The researcher's critical attitude prevents potential bias. This is achieved by constantly reviewing the logbook as well as consulting and

validating the data with the expert in phenomenology (C. Cara). The goal is to find eidosthemes, themes and alternative sub-themes through the ambiguities that may have been found when reading and rereading the data (Cara, 2004; Whittemore et al., 2001). The researcher's continuous **critique** of the data was used to prevent any risk of bias, and this by respecting phenomenological reduction throughout the analytical process, maintenance of the logbook and discussions with expert phenomenologists (Cara, 1997; O'Reilly & Cara, 2014).

Data integrity remains key to the analysis of the data when qualitative data is used in research (Cara, 2004; Whittemore et al., 2001). It takes the form of the researcher's concern for properly validating his interpretations, based on the data. Appropriate use of the logbook and field notes helps ensure data integrity. Data integrity was respected by validating the data collected without interpreting it too hastily, by maintaining the logbook and validating the interpretations of the *verbatim* of 13 of the 14 participants during a second telephone interview (Cara, 1997; O'Reilly & Cara, 2014).

Finally, as suggested by Lincoln and Guba (1985), through careful and detailed description of the data and the social context, the **transferability** of the results to similar contexts involving QWL in administration could be possible. The following section is on the qualitative results.

Results and discussions

Table 1
Participants' socioprofessional characteristics (N=14)

Characteristics	N	(%)
Gender		
Female	10	(71,14)
Male	4	(28,57)
Age (years)		
20-29	1	(7,14)
30-39	6	(42,85)
40-49	5	(35,71)
50-59	2	(14,28)
60-69	0	-
Education Level		
College	1	(7,14)
University 1 st cycle Sc. of nursing or Accumulated certificates	4	(28,57)
University post graduate studies 2nd cycle (Higher Studies Diploma)	3	(21,42)
Masters	6	(42,85)
Years of experience in nursing management		
0-3	4	(28,57)
3-5	5	(35,71)
5-10	3	(21,42)
10-15	1	(7,14)
15-20	0	-
20 +	1	(7,14)
Line of Business		
Surgery	2	(14,29)
Perinatal	1	(7,14)
Mental Health	3	(21,42)
Critical Care	1	(7,14)
Specialized Care	1	(7,14)
Other	6	(42,85)
Position occupied		
Head of Unit	10	(71,4)
Care coordinator	1	(7,14)
Head of Clinics	3	(21,42)

The data analysis was done manually over a period of 11 months, after which 23 themes were identified and were grouped into eight eidos-themes, representing both the meaning of QWL, as well as the absence of QWL for F-LNMs working in a university affiliated hospital. Considering the multitude of themes, only the eight eidos-themes, as outlined by the participants and supported by *verbatim* (the names of the participants cited are fictitious), will be presented and discussed in relation to the scientific literature. Moreover, the five eidos-

themes were intended to answer the purpose of research, highlighting the meaning of the experience of QWL (Figure 3).

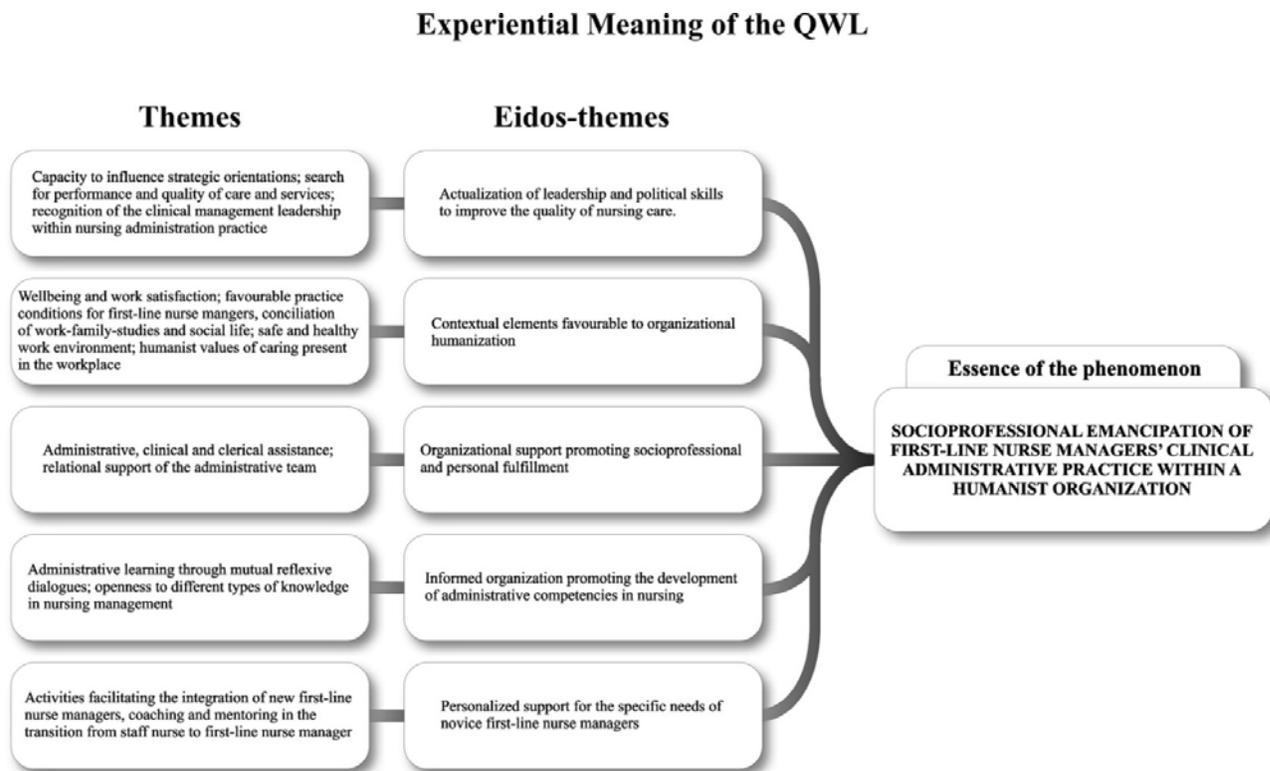


Figure 3. Summary of the qualitative results (favourable eidos-themes)

Eidos-theme 1. The actualization of leadership and political skills to improve the quality of nursing care

The first eidos-theme, in terms of importance, that is favourable to the QWL of F-LMNs working in an affiliated hospital, was described by 12 of the 14 participants. Participants shared the importance of updating their leadership and political skills, as this helps them to better perform their duties, thus contributing to the development of QWL. In their duties, F-LNMs interviewed, deemed that it was essential to exercise effective and authentic leadership that was dynamic and inclusive, in order to be productive and efficient at work as well as to improve the quality of care. This is illustrated by the words of Ginette (pseudonym) who stated that : "*What I like about my managerial position (...) and that provides me with a QWL, is being able to mobilize and assemble teams to change care practices and have my leadership*

as an F-LNM be recognised." This result reflects the literature as written by Boykin, Schoenhofer and Valentine (2014), Pipe (2008) along with Williams, McDowell and Kautz (2011) on issues affecting the leadership of F-LNMs. These authors support the notion that a caring environment that recognizes F-LNMs' leadership has a significant impact on inter-professional collaboration, efficiency, management innovation, performance and productivity at work.

As for updating F-LNMs' political skills, participants maintain that their participation in decision-making that influences the strategic direction of care, in collaboration with senior management, is key to the development of their QWL. Manon describes it as follows : *"As F-LNMs, it is important to influence decisions to improve the quality of care. I think it's important for my QWL (...) I get the feeling that I am contributing to the improvement of care practices."* This gives support to the work of Oliver, Gallo, Griffin, White and Fitzpatrick (2014), who argue that the active participation by the F-LNMs in the decision-making process proves to be one of the factors that significantly increases job satisfaction and results in a feeling of actively contributing to enhancing the quality of care. Mark adds : *"We represent front-line nurses (...) We must be awake in a political sense and aware of the power to influence that we possess as an F-LNM, and being able to develop it (...) this would help our QWL "*. As revealed by Fyffe (2009) and Paliadelis (2006), their results, demonstrate the importance of developing political sense and understand the strategic organizational power in nursing leadership. Being aware of F-LNMs influential power over the issues and learning to recognize allies to better negotiate decisions and issues that touch the development of policies and strategic planning for the organization of care, contributes to a sense of autonomy, utility and control over administrative practice as F-LNMs. In other words, such a situation generates a sense of their role and optimizes their QWL.

Eidos-theme 2. Contextual elements favourable to organizational humanization

This second eidos-theme highlights the importance, for all interviewed F-LNMs, of an organization characterised by its humanization. Indeed, the results show that participants perceive organizational humanization as favourable to the optimization of their QWL. For

example, relationships characterised as being humanistic in nature (attitudes of listening, collaboration, honesty, openness, respect) are perceived as being conducive to feelings of well-being and job satisfaction. Maude's testimony properly describes these feelings : "*(...) it is the 'caring' side that we just talked about that makes me feel good and satisfied at work. (...) this is what promotes my experience of a QWL*". This eidos-theme illustrates how imperative it is for the QWL of F-LMNs to practice in a work environment that has caring values. This result corroborates the work of Stein Backes, Santos Koerich and Lorenzini Erdmann (2007), Todres, Galvin and Dahlberg (2007) as well as Todres, Galvin and Holloway (2009) all of which indicate that humanization has positive effects on work conditions, socioprofessional relationships and the loyalty of health professionals. Furthermore, as shown by different authors (Cara, 2008; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992; Todres, 2003; Watson, 2008, 2012), harmonious and transparent relationships between colleagues are characteristics that are of primary importance in improving the work environment. The comments of another participant (Josiane) confirm the importance of the humanistic philosophy of caring with regards to the QWL of F-LNMs. Josiane reports of the confidence, the understanding and sharing demonstrated towards her by the nursing director. She maintains that the caring relationships at work contribute to the development of a sense of belonging and the loyalty within the nursing management team. Even if sometimes the work is not easy, she states:

For the QWL, it is essential in management to have quality relationships and to work in an environment that values a caring philosophy. It's reassuring when you go through difficult times. (...). I love our nursing director (...) because she is human and we feel supported by her (...) this is what makes me stay in my position (...) plus, she encourages professional collaborative relationships and positive team work among professional and nurse managers. I feel like I am part of a team.

Just like Cara (1997) and Watson (2009) state, such a context, favours collegiality, collaboration, a sense of belonging and enhances the personal and collective commitment of the nursing staff at work. In addition, and in line with the work of Cara, Nyberg and Brousseau (2011), Costa-Mendes, Trevizan, Ferraz and Favero (2002) and those of Watson (2008a), a working environment based on humanistic values and collaboration among nursing teamwork in an organization, contribute to enhanced professional satisfaction. For their part, Alfonso

(2011), Kingston et al. (2011) and Watson (2009) emphasize the importance of working in an organization where humanization is on the agenda. Becoming one of three innovative eidos-themes of the study, there is no doubt that this result shows that organizational humanization is conducive to professional development and promising for promoting the QWL of F-LMNs.

Eidos-theme 3. Organizational support promoting socioprofessional and personal fulfillment

The third eidos-theme reveals the importance for all participants of obtaining organizational support on an administrative, clinical and clerical level, which, in turn, leads F-LNMs to grow and develop professionally and personally. Interviewed participants stated clearly that **organizational support promoting socioprofessional and personal development** (support from superiors, care teams and healthcare professionals) helps them do their job and achieve QWL. Thomas raises the need for support to better fulfill his function : *"I believe that having better clerical support for email management would help improve the QWL of F-LNMs. (...) Let me tell you that it would be very helpful in enabling us to better do our jobs."* For example, the addition of clerical support (secretary and clerk) would relieve some of the professional stress. According to participants, this would facilitate email management and free them to better plan the work management of their unit and be more present among employees. This finding is supported by the systematic review of the literature by Titzer, Phillips, Tooley, Hall and Shirey (2013), which confirmed that improving access to an administrative and clerical structure optimizes the F-LNMs' work and reduces their workload.

In their integrative review of the literature on job satisfaction, Lee and Cummings (2008) assert that organizational support will reduce the workload of F-LNMs who experience complex management problems. It appears that organizational support for people is perceived as being encouraging, comforting and reassuring, and is an important element contributing to attraction and retention, as well as professional fulfillment at work (Shirey et al., 2013). Marie's statements illustrate how relational support from the management team seems essential in maintaining her QWL as a F-LNM : *"During the unit's reorganization, I had the*

support from the whole management team. The relationships are positive and people help each other out. This is important for my QWL ". As indicated by Cara (1997, 2008) and Watson (2006, 2009), senior management that promotes trust and provides support to the F-LNMs in the context of organizational change, contributes to their development as a professional, therefore facilitating their work in nursing management.

Eidos-theme 4 : Informed organization promoting the development of administrative competencies in nursing

The fourth eidos-theme refers to the need to work as an F-LNM in **a learning organization that is favourable to the development of care management skills**. Recognized by most interviewed participants (n = 10/14), the learning organization that includes an infrastructure that supports continued learning and the acquisition of knowledge promotes leadership and teamwork among the F-LNMs. The use of knowledge, encouraged by senior management, is essential not only to update their management skills, but also to strengthen their credibility among care teams when solving problems on the unit. Thus, the senior manager that encourages F-LNMs to use different knowhow in nursing and management, based on convincing results or best practices in management, brings a sense of motivation and achievement to the work place (Beard & Wilson, 2013; Estrada, 2009). This is confirmed by Andrew who said :

A situation in which I really felt a QWL was when I thought I had a security breach on my unit. I did a review of the literature and prepared various options that solved the problem at a minimal cost. I had the impression of having used my knowledge and having demonstrated my worth to the care teams (...) as a manager we get the feeling of having achieved something new.

In addition to increasing their skills as F-LNMs, this eidos-theme substantially contributes to the development of their QWL. This result corroborates the works of Horton-Deutsch and Sherwood (2008), of Galuska (2014), the MSSSQ (2012), the RUIS' NST (2010) and Watson (2010) that organizations promoting the creation of innovative projects and transforming clinical care practices, help to promote F-LNMs expertise, as well as the

development of their skills. Furthermore, these organizations can also enable F-LNMs to increase their credibility within the professional team and throughout the nursing management team, thereby contributing to their loyalty. Similar to Beard and Wilson (2013), the results of our study also demonstrate that an organization that provides periods of experiential management learning through the use of mutual reflexive dialogues, such as participation in codevelopment and resource sharing can acquire knowledge based on the experiences of fellow managers and a heuristic approach as expressed by Ariane : *Being involved in codevelopment reassured me; it helped us develop new ideas and learn to solve management problems from others. (...) and that allowed us to share work experiences, (...) we reflected on how to solve management irritants.*

It is in this manner that our results are similar to those of Mackoff, Glassman and Budin (2013), a qualitative participatory action study of 43 F-LNMs that looked at the development of a learning laboratory based on knowledge and experiences. Their results indicate that a learning environment requires the combination of learning activities addressing the needs of F-LNMs as well as being based on research and common experiences in management. Furthermore, they report that experiential learning promotes individual reflection, as well as the transfer of experiences between participants by means of discussion, scenarios and case studies. Ultimately, the results of our study demonstrate that the recognition, given by the learning environment and knowledge sharing, creates a sense of professional validation, promotes attraction and QWL among the F- LNMs.

Eidos-theme 5 : Personalized support for the specific needs of novice F-LNMs

Associated with the purpose of the research, the fifth and last eidos-theme that emerged from the interviews deals with the **personalized support that meets the specific needs of novice F-LNMs**. The novice F-LNMs (n = 7) interviewed relate how essential it is to adequately support the next generation of nurses so that novices are prepared to assume their new responsibilities and respond to their needs, in order to better integrate themselves into their new role. Evelyne states that : *"It's important that, when you start in management, you have someone who is there to help you integrate and adapt. (...) It is reassuring to know that*

there is someone to accompany you as a new F-LNM ". As such, the presence of an experienced colleague greatly facilitates the integration and adaptation of novice F-LNMs. Furthermore, it is clear that this element becomes essential to their well-being at work and to attracting and retaining novice managers. The results of this study corroborates the empirical work of Benner (1984), Shermont, Krepcio and Murphy (2009), Titzer and Shirey (2013), as well as Titzer, Shirey and Hauck (2014), in that activities facilitating the integration of novices remain a prerequisite for role transition, as well as the attraction and retention of new nurses managers within the organization.

There is agreement regarding the importance that new F-LNMs are assisted by a team of senior experts in nursing management practice when in a complex managerial situation. Maude's testimony clearly states this need : *"It is important that we have the personnel and human coaching-mentoring to know how to manage. I need an intermediate who is there to back me up (support) that can meet my needs (...) that will guide us as we transition from nurse to F-LNM"*. This is confirmed in the works of several authors (Anonson et al., 2014; Batson & Yoder, 2012; Beard & Wilson, 2013; Chinn & Kramer, 2011; Kelly, Wicker & Gerking, 2014; Mayrand Leclerc, 2010; Shiparski & Authier, 2013) regarding transformational coaching and management mentoring. These authors assert that mentoring programs and structured management coaching, using a twinning dyad format (novice-senior), would better prepare the F-LNMs and give them the energy to better meet economic, human requirements as well as new technologies. They add that a collective space for mutual learning proves to be a very effective strategy and is conducive to the development of intuition, on-the-job thinking and promotes loyalty among novice managers. Similar to the present research, the writings of Varney (2009) on humanistic mentoring, as well as to those of Wagner and Seymour (2007) on mentoring based on the caring approach, claim that this type of support stimulates new perspectives of one's self, others and the world. Humanist mentoring provides new opportunities for action and a broader vision of the possibilities for the transformation of the healthcare system. They argue that health organizations that promote mentoring contribute to increased staff satisfaction, leadership, skills, and, as a result, nursing staff retention.

Our results highlight the fact that personalized coaching provides a stimulating learning environment in which a transfer of organizational knowledge between experts and novices takes place. This encourages professional development and guides nurses to career advances in which they have a better understanding of the role of F-LNM (Anonson et al., 2014). Overall, the results of this study highlight the importance of supporting the nurses wishing to begin a career in nursing management.

The Essence of the Experiential Meaning of the QWL Phenomenon

Altogether, the five eidos-themes discussed in the previous section represent the essence of the QWL phenomenon, which can be stated as "**The socioprofessional emancipation of first-line nurse managers' clinical administrative practice within a humanist organization**". It represents the degree to which F-LNMs can actively participate in administrative decisions and in professional development activities, and can freely contribute to influencing the various levels of political decisions in healthcare (Germain & Cummings, 2010; Litchfield & Jonsdottir, 2008). QWL is fundamentally a proactive process in which, F-LNMs can openly demonstrate their inspirational leadership to improve the quality of care practices, which can lead to harmonious and organizational transformations, conducive to the F-LNMs' social-professional emancipation (Williams et al., 2011).

The contextual elements conducive to organizational humanization are a function of an organizational climate being characterised with humanism and reflect the principles and values of Watson's (2008a, 2008b, 2012) Human Caring philosophy. These contextual elements are considered essential in producing a healthy, quality environment using harmonious accompaniment (empathy, listening), and is crucial for the preservation of QWL of the F-LNMs. Organizational support promoting socioprofessional and personal fulfillment demonstrates the importance of clinical and clerical administrative assistance, as well as management teams in order to properly carry out the duties of the F-LNM. This form of organizational support exerts a strong influence in the development of the professional emancipation and the clinical administrative work of the F-LNMs (Lee & Cumming, 2008; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992).

QWL also requires that a learning organization promotes the development of nursing management skills. Openness to different types of knowledge applicable in nursing management and learning management through thoughtful exchange, help F-LNMs to emancipate themselves professionally by participating in codevelopment sessions. The exchange between colleagues helps F-LNMs share and then solve their management problems. Experiential learning is vital in stimulating innovative and creative ideas in solving complex management phenomena (Shiparski & Authier, 2013). The personalized support that meets the specific needs of novice nursing managers promotes administrative practices that the organization puts in place to facilitate the nurses' transition from caregiver to that of manager, so that the novice F-LNMs can fully assume their duties (Karsten, Baggot, Brown, & Cahill, 2010; Twedell, 2014). Beard and Wilson (2013) and Watson (2008a, 2008b, 2012) indicate that learning helps one to cope more easily with stress, which, in our opinion helps to promote QWL. To meet the new requirements of the F-LNMs role within the healthcare system, the results of this research clearly demonstrate the importance for policy makers and senior management to support and to quickly establish a structured personalized support program, including ongoing training, mentoring and coaching that foster the maintenance, as well as the development of nursing expertise in nursing administration and to prevent its deterioration (Kelly et al., 2014; Keys, 2014).

The next section presents the three eidós-themes that illustrate the experiential meaning of the absence of QWL, according to the F-LNMs, and that also correspond to the goals of the study (Figure 4).

Lack of Experiential Meaning of the QWL

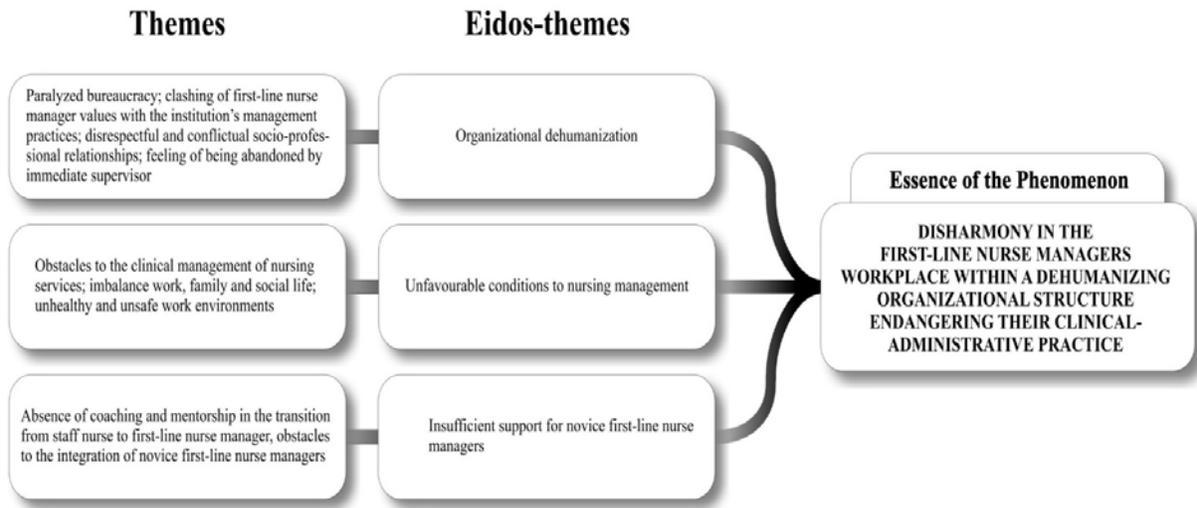


Figure 4. Summary of the qualitative results (unfavourable eidos-themes)

Eidos-theme 1. Organizational dehumanization

Organizational dehumanization constitutes the first eidos-theme and is described as an experience that can obstruct the QWL of F-LNMs. According to the participants, dehumanization is manifested by disrespectful and confrontational socioprofessional relationships that can take on different forms, such as the removal of decision-making and the autonomy associated with it, or by violence or a lack of respect in the workplace. Véronique described the situation as follows:

Poor relations with a unit employee deeply harm the quality of work life of an F-LNM. It makes you consider whether to stay or not (...) It is such that you're stuck with it (...) it is unbearable and inhuman for the work atmosphere and relations.

This result shows that an environment in which conflict (employer and employee) persists and senior management is complacent without supporting the F-LNM, makes it such that the relations and caring philosophy are concealed, contributing to the dehumanization of the environment. Although little has been documented about this eidos-theme in the review of the literature, it nevertheless agrees with some existing information on the overall experience

of health professionals working in a dehumanizing environment. These results confirm the writings of Haslam (2006), Todres et al. (2007, 2009) and Watson (2008, 2012) in that dehumanization contributes to the objectification and the social isolation of the staff. It is essential that the F- LNMs' working environment (internal and external) be open and human, thereby helping to defuse crises and settle disputes within a team. Indeed, performing only daily crisis management activities in a context of chaos, bureaucratic burdens and a mismatch of values among members of the first-level management team and senior management, in the long term, risks to generate a sense of dissatisfaction and conflict, which can lead to burnout among the team of F-LNMs (Christoff, 2014; Laschinger & Finegan, 2008; Mayrand Leclerc, 2006; Shirey, 2006).

The results of this study reveal a paralyzed bureaucracy, characterised by its sluggishness, unwieldiness and the laziness of some directors in the management of certain files that are processed and that are slow to develop given the different levels of hierarchy within the healthcare system with which F-LNMS must cope with every day. This is confirmed by Marc, who argues :

I figure it would be much easier if, at times, I could discuss a case directly with the union. The union needs to go through several levels such as labour relations (...) I believe it is so complicated, too long, and too heavy, this bureaucracy with all its levels. Sometimes, it can take two or three weeks before the problem is resolved and comes back to my office. (...) I can't solve it on my own and I think it does not really help the QWL of a F-LNM.

The results of the study corroborate with the writings of Arbuckle (2013), which indicate that bureaucratic paralysis takes away the freedom of action of the F-LNMs in the execution of their duties. The same author states that bureaucratic constraints resulting in budget cuts, unions, collective agreements, policies and rigid procedures in the healthcare system contribute to organizational dehumanization, which induces great frustration and loss of interest at work. The items previously mentioned are a major source of stress for F-LNMs; these aspects become an obstacle to maintaining the quality and safety of care and harmonious relationships, much to the detriment of the humanization of QWL.

Eidos-theme 2. Unfavourable conditions to nursing management

The second eidos-theme that emerged from the interviews corresponds to the unfavourable conditions in nursing management. These conditions cause an imbalance in the “work, family and social-life relationship”, represented by the lack of family support, the extension of work time and by the negative influence of unresolved problems experienced at work. Marc refers to this problem when he states that :

(...) it's been a month since I have worked out due to my work as an F-LNM. Working out is very important for my QWL. If I am unable to disconnect when I get to my gym (physical training) and I am still thinking of work, it is an indication to me that there is something I did not settle that I did not manage properly. And not to have the gym, as an indicator of my well-being, is a loss.

Participants expressed that the continual interference between work and personal life creates a discomfort and can lead to a deterioration of their QWL. The results corroborate the writings of Heindel and Steinman (2002) as well as Nyberg (1998). Moreover, Watson (2006) and Shirey (2006) indicate that the work-family imbalance has the effect of creating burnouts, suffering and emotional distress by affecting the welfare and working life of the F-LNMs. For some participants, the lack of a private office makes it difficult to hold confidential interviews with staff or patients, or have private meetings. Manon's testimony illustrates this situation :

Physical settings are old fashioned, narrow and unsafe. We have insufficient space to ensure privacy with employees and families. (...) The disrepair of the hospital increases the complexity of care; it certainly does not positively influence the management process, and damages the QWL.

In doing so, a dysfunctional work environment can compromise the F-LNMs' leadership and can affect their efficiency, performance and productivity in the workplace. Indeed, Paliadelis (2006, 2008, 2012) as well as Harlos and Axelrod (2008) argue that to effectively carry out these administrative and management functions, functional and appropriate workspace remains essential.

Finally, to all this must be added the barriers it presents to the clinical and administrative nursing practice. Deteriorating conditions regarding their professional practice produces ambiguity and role conflicts, bringing about an inability to perform management activities deemed essential to the entire scope of administrative nursing services (ex : presence among staff, performance evaluation, quality control and safety of care as well as the development of clinical projects) in favour of solving the daily contingencies (being constantly forced to extinguish fires) while trying to remain efficient at work. Thomas states :

I am overwhelmed and there is something I must ignore in my files in order to extinguish fires. In addition, the staff ratio makes no sense, especially when you have a head nurse who is in charge of 100 people. I think the supervision workload is unacceptable and harms the QWL. This lack of time to do my work in my 7hr schedule causes personal frustration for me. I feel frustrated because, you say to yourself that there must be ways to improve things (working conditions) and it seems like we never get to it. In addition, we ask this person to still perform because they are management.

Moreover, several studies have showed that much of the F-LNMs time is devoted to "everyday management", such as, managing the work schedule, human and financial resources, attending management meetings, answering multiple emails and this without the possibility of delegating these tasks, given the lack of clerical resources (Harlos & Axelrod, 2008; Paliadelis, 2006, 2008, 2012; Shirey et al, 2008, 2010; Surakka, 2008). Finally, our study highlights that the increase in workload, role conflicts and the difficulties related to the ambiguity in administrative practices create a sense of ambivalence in the roles and responsibilities as well as professional and personal dissatisfaction among F-LNMs.

Eidos-theme 3. Insufficient support for F-LNMs

For both novice participants and senior nursing management, inadequate support for novice nurse managers affects their QWL. This third and last eidos-theme manifests itself by the obstacles to the proper integration of nursing services, as well as by the lack of coaching and mentoring in the transition from staff nurse to nurse manager. Unanimously, the participants interviewed stated that novice F-LNMs face several barriers (as managers), such

as financial, material, technological and human resources constraints, a cool welcome for novice managers and a private office, which may lead to the loss of motivation at work and to disillusionment with respect to their new role. Nicolas (novice care manager) describes this fact by stating that :

I had a half-day presentation of the team, a quick orientation, but not very extensive. When you start as a manager, it would be important to have access to the work tools and to a procedure for welcoming new managers. (...) When I arrived, I only had a desk and this filing cabinet without any management support, and I did not even have a computer (...) I have been in this position now for four to six months and I just received the last tool that I was missing in order to be functional in my new position.

This element raised by the participants is in line with Keys' (2014) study results and the writings of Kotze and O'Connor (2008), as well as those of Spehar, Frich and Kjekshus (2012) that showed that the presence of obstacles, such as mixed welcome, disappointment with regards to the position, the lack of nursing management role models and ignorance of one's role and responsibilities, create barriers to the integration of new comers and recruitment in this field. The results of our study highlight that the absence of a systematic and structured support process for F-LNMs and the lack of supervision and planning to prepare the next generation of nurse managers creates a sense of uncertainty among the latter and negatively affects their QWL. Indeed, Elyse described the situation experienced during her managerial debut as follows :

We don't have a manual when we arrive. We arrive and then we really learn on the job. (...) You arrive without any planning, and so, good luck. I can tell you that in the beginning, without mentoring and management coaching, you feel insecure, which does not help to achieve a QWL. I think there should be structured mentoring and coaching for six months to a year in order to be able to transition from a nursing position at the head of unit. (...) Today, the transition from clinical nurse to F-LNM is rather difficult to go through because of the lack of support.

This is corroborated by the work of Shiparski and Authier (2013), as well as that of Twedell, (2014) that maintain that the lack of coaching and mentoring in the transition from the role of staff nurse to nurse-manager, can cause poor emotional health and burnouts. This fact is also in line with the results of the analysis done on the concept of succession planning by Titzer et al. (2013). According to their analysis, nursing succession in the field of first level healthcare management lags behind in the United States. It appears that 70 % of hospitals do not have a plan for succession. They add that, the lack of interest of the American novice nurses and the shortage of nurse resources in the management of nursing services could exacerbate the crisis of governance and make it more difficult to recruit for the positions of F-LNMs. In conclusion, the results of this study identify the elements that are likely to hinder the development of the QWL for FLNMs, which have the potential of jeopardizing the arrival of the new generation of F- LNMs and significantly weaken the teams who manage the care within the healthcare system.

The Essence of the Lack of Experiential Meaning of the QWL Phenomenon

The identification of the three-eidos themes discussed in the previous section has enabled us to conclude that the fundamental meaning of the absence of a QWL for F-LNMs is : **the disharmony in the F-LNM's workplace from a dehumanizing organizational structure endangering their clinical-administrative practice.**

First, the lack of a QWL, characteristic of organizational dehumanization, is experienced as a result of confrontational and disrespectful relationships, paralyzing bureaucratic decisions, inconsistency in the F-LNMs values and the institutions' administrative practices, and the feeling of being abandoned by the immediate supervisor. Similarly, Christoff (2014) as well as Costa-Mendes et al. (2002), argue that attitudes (e.g., rudeness, intimidation) and behaviours (e.g., violence) in dehumanizing organizations have adverse consequences for interpersonal relationships at work. These attitudes and behaviours inevitably lead to mental health problems (such as depression and burnout) and endanger the F-LNMs' administrative practice.

Secondly, adverse conditions in nursing management suggest that the absence of a QWL jeopardizes the F-LNMs' administrative practice. This corroborates the results of studies by Shirey (2006), as well as Udod and Care (2012), in which they indicate that the imbalance between work, family and social life, unhealthy and unsafe work environments, as well as obstacles to clinical-administrative activity, inevitably contribute to a loss of meaning and interest in work.

Finally, the lack of support for novice F-LNMs, as demonstrated by obstacles to the integration of novice nurse managers, as well as a lack of coaching and mentoring in the transition from role of staff nurse to nurse manager, harms their QWL. Our results confirm the writings of several authors (Lee & Cummings, 2008; Ponti, 2009; Richmond, Brook, Hicks, & Pimpinella Jenner, 2009; Shermont et al., 2009; Stevenson-Dykstra, 2003; Wendler, Olson-Sitki, & Prater, 2009), that demonstrate that we require young managers to quickly reach a senior manager level of performance without providing appropriate higher level managerial support. In this regard, the lack of support of F-LNMs by any or all participants in the network is devastating, which can undermine job-attraction and the loyalty of nurses, resulting in the weakening of the teams in place (Cziraki, 2012).

All these negative factors raise questions about the negative effects on the QWL of the F-LNMs. According to the 14 F-LNMs interviewed, such a situation reflects the disharmony in the workplace and is a threat to the innovation and sustainability of nursing administrative practice. This can significantly harm the experience of a QWL.

Implications for Nursing Administration

The results of this study have made it possible to identify key elements for improving the QWL of F-LNMs. Although they take on different forms, they aim to provide relevant and useful solutions for both policy makers and health administrators, and are designed to promote the QWL of the novice F-LNMs and experts from a caring and humanistic vision. The results of this study show the importance for F-LNMS to update their political skills and have their leadership properly recognized. Healthcare facilities need to implement structured programs to

welcome new F-LNMs in order to facilitate their integration within management teams. The results show that organizations must further their efforts to implement concrete measures to humanize the F-LNMs administrative experience so that they can achieve a sustainable QWL. It will be necessary to review the training programs for novice F-LNMs, including those offered by university institutions. Learning from reflexive practice, occupational health, leadership, policy interventions in health and the caring approaches in administration should be integrated into the program, using the themes and eidos-themes identified in this study as a reference. The opportunity to learn and experience caring management practice has the potential to foster attraction and retention for the new nurse's roles into F-LNMs generation in nursing administration. The contribution of our study lies in providing a better understanding of the meaning of QWL. Therefore, it seems urgent to invest economically to create caring milieu that foster the adaptation as well as personal and professional development of novices nurses as they transition into nursing administration practices based on human caring altruist values such as compassion, gentleness, mutual respect and caring-healing processes and practices (Cara et al., 2011; Watson, 2006, 2008a). As a professional, nurse executives and administrators can make caring a norm and help attain the dual goal of fiscal responsibility and optimal patient care (Cara et al., 2011). Some aspects enrich the existing knowledge found in literature, while others add to the body of knowledge related to the advancement of the nursing discipline, more specifically nursing administration. Finally, the information obtained during the course of this research provides guidance for promoting the QWL of F-LNMs (novice and expert), as well as a more humane way of managing healthcare facilities.

Research Limitations

This qualitative study has certain limitations. One of these limitations relates to the environment in which the research took place. It is possible that the university environment and the nursing organizational structure, in which this research was conducted, are not representative of F-LNMs working in certain healthcare organizations (ex : health and social services centers and rehabilitation centers), which may limit the transferability of the research findings. Some aspects of the sample may also be considered as a limitation. Indeed, it was not possible to validate the statements of one of 14 participants, as this person did not respond to

either one of the follow-up emails. In addition to describing the participant's *verbatim*, it was necessary to interpret the metaphors that they said to determine their meaning. This may have biased the interpretation given the lack of validation by this participant. Despite these limitations, our study met specific scientific criteria, such as keeping a logbook, bracketing, validation of the content analysis by a phenomenological expert, and the validation of 13 out of 14 participant's narrative synopsis by the second interview.

Conclusion

In conclusion, the results that emerged from this study provide innovative solutions for the continuous improvement of working conditions, and consequently, the QWL of the F-LNMs. Politicians at all network levels must establish attractive and healthy competitive operating conditions for F-LNMs (novice to expert), going beyond simple economic and salary considerations. As such, they must ensure that the essential role of F-LNMs is truly recognized regarding both working conditions and political nursing management leadership. In collaboration with concerned F-LNMs, the health politician must develop nursing management practice standards by clarifying their roles and responsibilities, as well as by providing a realistic framework for F-LNMs. We must invest in ongoing training and develop a structured caring mentoring and coaching program (Wagner & Seymour, 2007) to better ensure the transition from the position of caregiver to a position as manager. Despite the efforts of some institutions to improve the QWL of F-LNMs, the message from politicians regarding austerity may jeopardize the sustainability of a humanistic caring nursing administration and QWL. This being the case, managers must focus on real administrative practices that are humanistic and decentralized, and review their management philosophy by building on the values and principles of caring. Similar to the studies reviewed, the results of our research demonstrate that a healthcare facility that emphasizes humanistic management, where F-LNMs are at the heart of the decisions, promotes better QWL among F-LNMs, and therefore, perpetuate the health of nursing leadership teams.

References

- Alfonso, J. (2011). Economics, caring and complexity. Response. In A. W. Davidson, M. A. Ray & M. C. Turkel, *Nursing caring and complexity science : For human-environment well-being* (p. 185-198). New York, NY: Springer Publishing Company.
- American Nurse Association (2009). *Nursing administration: Scope & standards of practice*. Maryland, USA: Nurses books.org
- Anonson, J., Walker, M. E., Arries, E., Maposa, S., Telford, P., & Berry, L. (2014). Qualities of exemplary nurse leaders : Perspectives of frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, 22, 127-136. doi: 10.1111/jonm.12092
- Arbuckle, G. A. (2013). *Humanizing healthcare reforms*. London, UK: Jessica Kingsley Publisher.
- Batson, V. D., & Yoder, L. H. (2012). Managerial coaching : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1658-1669. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05840.x
- Beard, C., & Wilson, J. P. (2013). *Experiential learning. A handbook for education, training and coaching*. (3rd Ed.). London, ON: Kogan Page.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. (Commemorative edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Bondas, T. (2009). Preparing the air for nursing care : A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*, 14(4), 351-362.
- Boykin, A., Schoenhofer, S., & Valentine, K. (2014). *Health care system : Transformation for nursing and health care leaders. Implementing a culture of caring*. New York, NY: Spring Publishing Company.
- Brown, P., Fraser, K., Wong, C. A., Muise, M., & Cummings, G. (2013). Factors influencing intentions to stay and retention of nurse managers : A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 21, 459-472.
- Buber, M. (1970). *I and thou* (W. Kauffman, translator.) New York, NY: Scribners.
- Cara, C. M. (1997). *Managers' subjugation and empowerment of caring practices : A relational caring inquiry with staff nurses*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Colorado, Health Science Center, CO.
- Cara, C. M. (2002). Creating a caring environment in nursing research. Oral presentation at 24th International Nursing Caring Conference. Boston, USA.

- Cara, C. M. (2004). La méthodologie phénoménologique : une approche qualitative à découvrir. [Présentation sous forme de diapositives]. Dans F. Gratton & S. Cossette. *Recherche en sciences infirmières* (SOI-6103).
- Cara, C. M. (1999). A relational caring inquiry : Nurses' perspective on how management can promote a caring practice. *International Journal for Human Caring*, 3(1), 22-30.
- Cara, C. M. (2008, Mai). *Une approche de caring pour préserver la dimension humaine en gestion*. Lecture presented as part of the congrès de l'Association des gestionnaires en soins d'urgence, St-Sauveur, QC.
- Cara, C. M., & Brousseau, S. (2011). *Creating a humanistic caring culture to preserve quality of working life in nursing administration*. Presentation at the 32nd annual conference on *Caring*. The intersection of caring and quality : Nursing practice, education, and research of the UT Health Science Center, San Antonio, TX.
- Cara, C. M., Nyberg, J., & Brousseau, S. (2011). Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's healthcare system. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), 6–14.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. (8th Ed.). St-Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Christoff, K. (2014). Dehumanization in organizational settings : Some scientific and ethical considerations. *Frontiers in Human Neuroscience* 8(748), 1-6. Retrieved from : www.frontier.org
- Costa-Mendes, I. A. C., Trevizan, M. A., Ferraz, C. A., & Fávero, N. (2002). The re-humanization of the executive nurse's job : A focus on the spiritual dimension. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 10(3), 401-407.
- Cziraki, K. (2012). *Factors that attract and retain registered nurses in the first-line nurse manager role*. (Unpublished doctoral thesis). McMaster University, Hamilton, ON. Retrieved from : http://digitalcommons.mcmaster.ca/opensdissertations?utm_source=digitalcommons.mcmaster.ca%2Fopensdissertations%2F7231&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Estrada, N. (2009). Exploring perceptions of a learning organization by RNs and relationship to EBP beliefs and implementation in the acute care setting. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4), 200-209. doi: 10.1111/j.1741-6787.2009.00161.x
- Fyffe, T. (2009). Nursing shaping and influencing health and social care policy. *Journal of Nursing Management*, 17(6), 698-706. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00946.x
- Gadow, S. (1994). Whose body? Whose story? The question about narrative in women's health care. *Soundings*, 77(3/4), 295–307.

- Galuska, L. (2014). Enabling leadership : Unleashing creativity, adaptation and learning in an organization. *Nurse Leader, 1*, 34-38.
- Germain, P. B., & Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance : A systematic review. *Journal of Nursing Management, 18*, 425-439.
- Graber, D. R. (2009). Organizational and individual perspectives on caring hospitals. *Journal of Health & Human Services Administration, 31*(4), 517-537.
- Harlos, K. P., & Axelrod, L. J. (2008). Work mistreatment and hospital administrative staff : Policy implications for healthier workplaces. *Healthcare Policy / Politiques de santé, 4* (1), 40-50.
- Haslam, N. (2006). Dehumanization : An integrative review. *Personality and Social Psychology Review, 10*(3), 252-264.
- Hendel, T., & Steinman, M. (2002). Israeli nurse managers' organizational values in today's health care environment. *Nursing Ethics, 9*(6), 651-662.
- Horton-Deutsch, S. H., & Sherwood, G. (2008). Reflection : An educational strategy to develop emotionally competent nurse leaders. *Journal of Nursing Management, 16*, 946-954. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00957.x
- Houser, J. (2012). *Nursing research : Reading, using, and creating evidence*. (2nd Ed.), Denver, CO : Jones & Bartlett Learning.
- Husserl, E. (1970). *L'idée de la phénoménologie. Cinq Leçons*. Translated from German by Alexandre Lewit (8th Ed.). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Karsten, M., Baggot, D., Brown, A., & Cahill, M. (2010). Professional coaching as an effective strategy to retaining frontline managers. *Journal of Nursing Administration, 40*(3), 140-144.
- Kelly, L. A., Wicker, T. L., & Gerking, R. D. (2014). The relationship of training and education to leadership practices in frontline nurse leaders. *Journal of Nursing Administration, 44*(3), 158-163. doi: 10.1097/NNA.0000000000000044
- Keys, Y. (2014). Looking ahead to our next generation of nurse leaders : Generation X nurse manager. *Journal of Nursing Management, 22*, 97-105. doi: 10.1111/jonm. 12198
- Kingston, M. B., & Brooks Turkel, M. (2011). Caring science and complexity science guiding the practice of hospital and nursing administration practice. In A. W., Davidson, M. A. Ray & M. C. Turkel, *Nursing caring and complexity science : For human-environment well-being* (p. 169-185). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Laschinger, H. K., & Wong, C. (2007). *Structure et impact de la gestion des soins infirmiers dans les hôpitaux canadiens*. Research summary report from the CFHI. Canada.

- Laschinger H. K. S., & Finegan J. (2008). Situational and dispositional predictors of nurse manager burnout : A time-lagged analysis. *Journal of Nursing Management* 16, 601–607.
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers :A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16(7), 768-783.
- Lee H., Spiers J. A., Yurtseven O., Cummings, G., Sharlow, J., Bhatti, A., & Germann, P. (2010). Impact of leadership development on emotional health in healthcare managers. *Journal of Nursing Management* 18, 1027–1039.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hill, CA: Sage.
- Litchfield, M. C., & Jonsdottir, H. (2008). A practice discipline that's here and now. *Advances in Nursing Science*, 31 (1), 79-91.
- Mackoff, B. L., Glassman, K., & Budin, W. (2013). Developing a leadership laboratory for nurse managers based on lived experiences : A participatory action research model for leadership development. *Journal of Nursing Administration*, 43(9), 447-454. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182a23bc1
- Mayrand Leclerc, M. (2006). *Descriptions et stratégies optimisant l'environnement psychosocial du travail des chefs d'unité(s) de soins infirmiers de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal*. (Unpublished doctoral thesis). Laval University, Québec, QC.
- Mayrand Leclerc, M. (2010). *Answering new managers' challenges : The coach manager as supportive and structural innovation-practical application*. Lecture presented at the *Nursing Workforce Determinants* (NUR2-720) seminar, at McGill University's School of Nursing, Montréal, QC.
- McDowell, J. B., Williams, R. L., & Kautz, D. D. (2013). Teaching the core values of caring leadership. *International Journal for Human Caring*, 17(4), 43-51.
- Meyer R. M., O'Brien-Pallas L., Doran D., Streiner D., Ferguson-Paré M., & Duffield C. (2011). Front-line managers as boundary spanners : Effects of span and time on nurse supervision satisfaction. *Journal of Nursing Management* 19, 611–622.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2007). *Politique de développement des compétences du personnel d'encadrement*. Québec, QC : Gouvernement du Québec. Retrieved from : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-514-03.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2012). *Politique nationale de développement des compétences du personnel d'encadrement*. Québec, QC: Gouvernement du Québec. Retrieved from : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-524-12W.pdf>

- Munhall, P. L. (2012). *Nursing research, a qualitative perspective*. (5th Ed.) Toronto, ON: Jones & Bartlett Learning.
- Nyberg, J. J. (1998). *A caring approach in nursing administration*. Denver, CO: University Press of Colorado.
- O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing work life issues : A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2), 12-16.
- O'Connor, N., & Kotze, B. (2008). Learning organizations' : A clinician primer. *Australian Psychiatric*, 16(3), 173-178. doi: 10.1080/10398560801888639
- Oliver, B., Gallo, K., Griffin, M. Q., White, M., & Fitzpatrick, J. (2014). Structural empowerment of clinical nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 44(4), 226-231. doi: 10.1097/NNA.0000000000000059
- O'Reilly, L. (2007). *La signification de l'expérience « d'être avec » la personne soignée et sa contribution à la réadaptation : la perception des infirmières*. (Unpublished doctoral thesis). University of Montréal, Montréal, QC.
- O'Reilly, L., & Cara, C. (2014). La phénoménologie de Husserl. Application de la méthode d'investigation relationnelle *Caring* pour mieux comprendre l'expérience infirmière « d'être avec » la personne soignée en réadaptation. Dans M. Corbière et N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 29-48). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Paliadelis P. S. (2004). *Nurses as managers : Education and support for the role*. In *education: Concepts and practices* (p. 559–567). A. Lazaridou, G. Papanikos & N. Pappas (Eds). Athènes, Grèce : Institute for Education and Research.
- Paliadelis P. S. (2005). Rural nursing unit managers : Education and support for the role. *Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy* (International Electronic Journal) 5(325) Retrieved from: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=325> Consulted June 18, 2009.
- Paliadelis, P. S. (2006). *The working world of nursing unit managers*. (Unpublished doctoral thesis). University of New England, Australia.
- Paliadelis, P. S. (2008). The working world of nursing unit managers : Responsibility without power. *Australian Health Review*, 32(2), 256-264.
- Paliadelis, P. S. (2012). Nurse managers don't get the corner office. *Journal of Nursing Management*, 1, 1-10. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01405.x

- Paliadelis, P., Cruickshank, M., & Sheridan, A. (2007). Caring for each other : How do nurse managers 'manage' their role? *Journal of Nursing Management*, 15(8), 830-837.
- Pipe, T. B. (2008). Illuminating the inner leadership journey by engaging intention and mindfulness as guided by caring theory. *Nursing Administration Quarterly*, 32(2), 117-125.
- Ponti, M. A. (2009). Transition from leadership development to succession management. *Nursing Administration Quarterly*, 33(2), 125-141.
- Ray, M. A. (1991). Phenomenological method for nursing research. In Wayne State University College of Nursing (Ed.), *Summer research conference monograph; Nursing theory, research et practice* (p.163-176). Détroit, MI: WSU Press.
- Reeder, F. (1991). Conceptual foundations of science and key phenomenological concepts. In Summer research conference monograph (Eds) : *Nursing theory, research & practice* (p. 177-187). Detroit, MI: Wayne State University.
- Richmond, P. A., Brook, K., Hicks, M., Pimpinella, A., & Jenner, C. A. (2009). C.O.M.E. be a nurse manger. *Nursing Management*, 1, 52-54.
- Roy, M., & Robinette, L. (2004). *Le caring : démarche d'actualisation en milieu clinique*. Montréal, QC : Édition de l'Hôpital Ste-Justine.
- Shermont, H., Krepcio, D., & Murphy, J. M. (2009). Career mapping. Developing nurse leaders, reinvigorating careers. *Journal of Nursing Administration*, 39(10), 432-437.
- Shiparski, L., & Authier, P. (2013). Mentoring frontline Managers. The viral force in stimulating innovation at point of care. *Nursing Administration Quarterly*, 37(1), 28-36.
- Shirey, M. R. (2006). Stress and coping in nurse managers : Two decades of research. *Nursing Economic\$,* 24(4), 193-203.
- Shirey, M. R. (2009). Authentic leadership, organizational culture, and healthy work environments. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(3), 189-198.
- Shirey, M. R., Ebright, P. R., & McDaniel, A. M. (2008). Sleepless in America : Nurse managers cope with stress and complexity. *Journal of Nursing Administration*, 38(3), 125-131.
- Shirey, M. R., Ebright, P. R., & McDaniel, A. M. (2013). Nurse manager cognitive decision-making amidst stress and work complexity. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 17-30.

- Shirey, M. R., McDaniel, A., Ebright, P., Fisher, M. L., & Doebbeling, B. (2010). Understanding nurse manager stress and work complexity : Factors that make a difference. *Journal of Nursing Administration*, 40(2), 82-91.
- Spehar, I., Frich, J. C., & Kjekhus, L. E. (2012). Clinicians' experiences of becoming a clinical manager : A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12, 421-439. doi:10.1186/1472-6963-12-421
- Stein Backes, D., Santos Koerich, M., & Lorenzini Erdmann, A. (2007). Humanizing care through the valuation of the human being : Resignification of values and principles by health professionals. *Revista. Latino-Americana. Enfermagem* 15(1), 34-41. Retrieved from : <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100006>
- Stevenson-Dysktra, K. (2003). Making the transition : Staff nurse to front-line nurse leader. *Nursing Leadership*, 16(3), 62-68.
- Surakka, T. (2008). The nurse manager's work in the hospital environment during the 1990s and 2000s : Responsibility, accountability and expertise in nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 16(1), 525-534.
- Titzer, J., Phillips, T., Tooley, S., Hall, N., & Shirey, M. R. (2013). Nurse manager succession planning : Synthesis of evidence. *Journal of Nursing Management*, 21, 971-979. doi: 10.1111/jonm.12179
- Titzer, J., & Shirey, M. R. (2013). Nurse manager succession planning : A concept analysis. *Nursing Forum*, 48(3), 155-164.
- Titzer, J. L., Shirey, M. R., & Hauck, S. (2014). A nurse manager succession planning model with associated empirical outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 44(1), 37-46. doi: 10.1097/NNA.0000000000000019
- Todres, L. (2003). Humanising forces : Phenomenology in science; Psychotherapy in technological culture. *Counselling and Psychotherapy Research : Linking Research with Practice*, 3(3), 196-203.
- Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led healthcare : Revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(1), 53-63.
- Todres, L., Galvin, K. T., & Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare : A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), 68-77.
- Turkel, M. C. (2003). A journey into caring as experienced by nurse managers. *International Journal for Human Caring*, 7(1), 20-26.

- Twedell, D. M. (2014). The role transition. In P. S. Yoder-Wise (Eds), *Leading and managing in nursing* (5th ed.). p. 537-550). Missouri, USA: Elsevier Mosby.
- Udod, S. A., & Care, W. D. (2012). Walking a tight rope : An investigation of nurse managers work stressors and coping experiences. *Journal of Research in Nursing, 18*(1), 67-79. doi: 10.1177/1744987111434189
- Vagharseyyedin S. A., Vanaki, Z., & Mohammadi E. (2011). The nature nursing quality of work life : An integrative review of literature. *Western Journal of Nursing Research, 33*(6), 786-804. doi: 10.1177/0193945910378855
- Varney, J. (2009). Humanistic mentoring : Nurturing the person within. *Kappa Delta Pi Record, 45*(3), 128-131. doi: 10.1080/00228958.2009.10517302
- Villeneuve, F. (2005). *L'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmières-chefs : six études de cas dans trois hôpitaux du Québec*. (Unpublished doctoral thesis). University of Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Wagner, L. A., & Seymour, M. E. (2007). A model of caring mentorship for nursing. *Journal for Nurses in Staff Development, 23*(5), 201-211.
- Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly, 30*(1), 48-55.
- Watson, J. (2008a). Social justice and human caring : A model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity. *Creative Nursing, 14*(2), 54-61.
- Watson, J. (2008b). *Nursing. The philosophy and science of caring*. (Revised and up to date Ed.). Boulder, CO: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2009). Caring science and Human Caring theory : Transforming personal and professional practice of nursing and healthcare. *Journal of Health & Human Services Administration, 31*(4), 466-482.
- Watson, J. (2010). Caring science and the next decade of holistic healing : Transforming self and system from the inside out. *Beginnings 30*(2), 14-16.
- Watson, J. (2012). *Human Caring science. A theory of nursing*. (2nd Ed.). Boulder, CO: Jones & Barlett Learning.
- Webster, J., Flint, A., & Courtney, M. (2009). A new practice environment measure based on the reality and experiences of nurses working lives. *Journal of Nursing Management, 17*, 38-48. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00908.x
- Wendler, M. C., Olson-Sitki, K., & Prater, M. (2009). Succession planning for RNs : Implementing a nurse management internship. *Journal of Nursing Administration, 39*(7-8), 326-333.

- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health research, 11*(4), 522-537.
- Williams, R. L., McDowell, J. B., & Kautz, D. D. (2011). A caring leadership model for nursing's future. *International Journal for Human Caring, 15*(1), 31-35.

Acknowledgements

The authors wish to thank the 14 nurse-managers who agreed to participate in this study. We would also like to thank the following organizations for their financial support : the Université de Montréal's Training and Expertise in Nursing Administration Research, the Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (MELS), the Université de Montréal's Faculty of Postdoctoral and Graduate studies, the Canadian Nurses Foundation, as well as the Université de Montréal's Faculty of Nursing.

The Authors

Sylvain Brousseau, RN., Ph.D. (Cand.) is as a professor in nursing at the Université du Québec en Outaouais.

Cara, Chantal, RN., Ph.D. is a full professor at the Faculty of Nursing at the Université de Montréal She is a researcher at the Center for Interdisciplinary Research in Rehabilitation (CRIR), for the Québec Nursing Intervention Research Network (RISIIQ) and for the Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement (GIRAFE).

Blais, Régis, Ph.D. is a professor in the Department of Health Administration of the School of Public Health. . He is a researcher at the Public Health Research Institute of the Université de Montréal.

4.3 Article III : Exploration de la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau via une approche mixte qualitative et quantitative

Titre : Exploration de la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau via une approche mixte qualitative et quantitative

Auteurs :

Brousseau, Sylvain, inf., Ph.D. (cand.) à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et professeur en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais.

Blais, Régis, Ph.D. est professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Il est chercheur à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal.

Cara, Chantal, inf., Ph. D. est professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est chercheuse au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation, au Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec ainsi qu'au Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement.

Résumé

Sur la base d'un devis mixte séquentiel exploratoire réalisé en trois phases, cette étude a pour objectifs d'explorer la signification expérientielle et d'identifier les facteurs pouvant influencer la qualité de vie au travail (QVT) des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau (CGIPN) œuvrant en établissements de santé. Prenant appui sur la philosophie du *Human caring* en sciences infirmières, la première phase consistait à décrire et comprendre la signification de la QVT des CGIPN en utilisant une méthode phénoménologique descriptive. Deux séries d'entrevues semidirigées ont été réalisées auprès d'un échantillon non probabiliste de 14 CGIPN travaillant en Centre hospitalier universitaire affilié (CHA). L'analyse phénoménologique a permis de dégager les résultats qualitatifs (cinq eidos-thèmes favorables et trois eidos-thèmes défavorables à la QVT) qui ont servi à l'élaboration du construit théorique du questionnaire de la seconde phase. Un instrument de mesure a ensuite été développé pour être subséquentement validé par 22 CGIPN travaillant dans deux types d'établissements de santé. La troisième phase fut une enquête en ligne auprès de 291 CGIPN afin d'identifier les facteurs (favorables et défavorables) les plus susceptibles d'influencer leur QVT dans divers établissements publics de santé. Enfin, les résultats qualitatifs et quantitatifs sont présentés et discutés, suivis de la contribution méthodologique mixte en sciences infirmières et des critères de scientificité pour assurer la rigueur et la qualité des données tout au long de la recherche pour ensuite conclure avec quelques recommandations.

Mots clés : cadre gestionnaire infirmier de premier niveau, développement d'un questionnaire, établissements de santé, étude mixte séquentielle exploratoire, *Human caring*, méthode phénoménologique, méthode corrélationnelle, qualité de vie au travail.

Problématique

Au cours des deux dernières décennies, au nom de la rationalité économique, les restructurations organisationnelles des réseaux de santé ont considérablement modifié la nature du travail des CGIPN dans plusieurs pays occidentaux (Brown, 2010; Cziraki, 2012; Laschinger et al., 2013; Skytt, Ljunggren, Sjöden, & Carlsson, 2007). Ces réformes ont progressivement fragilisé les assises du travail des CGIPN à l'intérieur du réseau de la santé. Paliadelis (2006, 2008, 2012) ajoute que les réorganisations structurelles et managériales ont engendré un accroissement des rôles et responsabilités des CGIPN, avec une apparence de pouvoir décisionnel, vers des activités purement administratives, ce qui laisse peu de place au rôle clinique. Pour leur part, Brown, Fraser, Wong, Muise et Cummings (2013) affirment que le niveau d'intensité des activités d'encadrement s'accroît de plus en plus et que l'équité entre collègues CGIPN n'est pas toujours au rendez-vous, ce qui peut avoir des effets néfastes sur l'attraction et la rétention de ces professionnels. Depuis le début des années 2000, on a vu apparaître une détérioration graduelle des conditions de travail des CGIPN, ce qui semble avoir eu pour effet d'accroître le taux de roulement, l'absentéisme au travail et la détresse psychologique chez ces cadres (Admi & Moshe-Eilon, 2010; Association québécoise des établissements de la santé et de services sociaux (AQESS), 2008; Hewko, Brown, Fraser, Wong & Cummings, 2014; Surakka, 2008; Twedell, 2014; Udod & Care, 2012). En ce qui a trait à l'absentéisme du personnel d'encadrement, l'AQESS soutient qu'il s'élève à 5,27 %, rejoignant ainsi celui des salariés du réseau de la santé. Ce même organisme atteste, dans son rapport sur la dotation, que le taux de roulement du personnel d'encadrement a triplé en cinq ans en passant de 3,85 % à 12,85 %.

Dans la dernière décennie, les multiples changements structurels à l'intérieur du système de santé furent, pour des raisons économiques (Castonguay, 2015), caractérisés par des réductions de poste d'encadrement et une augmentation du ratio d'encadrement (Lee & Cummings, 2008). Ces réductions de postes de gestion ont considérablement augmenté le taux d'encadrement d'employés à superviser sur les unités des services de soins des CGIPN qui sont demeurés en fonction (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2007). Corolairement à ces changements, les décideurs politiques en santé ont accentué l'imputabilité

des CGIPN. Soudainement, ceux-ci se sont retrouvés dans un contexte où ils sont imputables de l'atteinte des objectifs organisationnels sans pour autant participer à la détermination de ces objectifs, et ce, avec peu d'autonomie décisionnelle et dans des conditions d'exercice de plus en plus chaotiques (Udod & Care, 2012). Ainsi, ces éléments ont eu pour conséquence de perturber leur identité professionnelle et, par le fait même, d'engendrer une recrudescence de problèmes de santé au travail (e.g., détresse, épuisement et stress) (Lee et al., 2010 ; Udod & Care, 2012).

De plus, les écrits scientifiques confirment que certaines infirmières qui émanent de la relève et qui souhaitent faire carrière en gestion s'interrogent sur la pertinence de poursuivre dans ce domaine (Brown, 2010; Brown et al., 2013; Keys, 2014; Table sectorielle nationale du RUIS (TSN-RUIS), 2010) à cause de la charge de travail et de l'incertitude créées par les multiples changements structuraux du réseau de la santé. Un récent sondage pancanadien auprès d'infirmières soignantes révèle que seulement 24 % d'entre elles souhaitent poursuivre une carrière en gestion des soins infirmiers (Lachinger et al., 2013). Une récente étude prospective réalisée en Suède révèle que 40 % de cadres de premier niveau dans la santé quittent la fonction de gestion dans les quatre premières années (Skagert, Dellve, & Ahlberg, 2011).

Le travail quotidien des CGIPN se révèle d'une grande importance dans les établissements de santé (American Nurse Association (ANA), 2009; Mayrand Leclerc, 2006; Villeneuve, 2005). Il consiste à gérer les activités de soins cliniques, les ressources humaines, financières et matérielles en plus d'assurer un mentorat auprès du personnel infirmier novice. Le Québec compte 2577 CGIPN œuvrant dans les diverses organisations du réseau public de la santé (OIIQ, 2014). La plupart travaillent comme infirmières-chefs, chefs de programme - volet soins infirmiers et coordonnatrices d'activités de soins gérant des employés d'un service infirmier au sein d'un Centre hospitalier universitaire (CHU), d'un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), d'un Centre de réadaptation (CR) ou dans un Centre local de services communautaires (CLSC) (Mayrand Leclerc, 2006; Villeneuve, 2005).

En plus de rendre des comptes à l'établissement dans lequel ils œuvrent, les CGIPN doivent notamment assurer un environnement de travail optimum de même que de défendre la qualité et la sécurité des soins à la clientèle de leur unité ou service de soins. Ils doivent continuellement mettre à jour leurs compétences professionnelles en gestion afin de gérer leur service efficacement et ainsi prendre les meilleures décisions administratives sur la base des résultats probants (Udod & Care, 2012). De plus, les CGIPN agissent également à titre de personnes-ressources et de porte-parole auprès du personnel soignant et de la clientèle en mettant de l'avant leur leadership et leur influence politique pour faire avancer les dossiers en gestion (ANA, 2009; Cadmus & Wisniweska, 2013). Récemment, les résultats d'une étude corrélationnelle réalisée en Iran par Dehaghi, Sheikhtahei et Dehnavi (2015) sur la QVT des CGIPN révèlent que la participation au développement des connaissances en gestion influence significativement leur QVT ($r = 0,82$; $p < 0,001$). Ils soutiennent également que la QVT est améliorée lorsqu'il y a des échanges de savoirs en gestion entre les CGIPN de même que lorsqu'ils participent activement aux prises de décisions sur les modalités d'application dans le cadre d'implantation de projets de transfert des connaissances en administration. Ils concluent en affirmant que le développement des connaissances chez les CGIPN entraîne des répercussions positives sur leur QVT. Dans la prochaine section, il sera question de l'état des connaissances de la QVT en sciences infirmières.

La qualité de vie au travail et les instruments de mesure dans le domaine des sciences infirmières

Le développement des connaissances en matière de QVT a surtout fait l'objet de recherches auprès des infirmières soignantes œuvrant dans divers milieux de soins. Quant aux instruments de mesure recensés dans les écrits scientifiques quantitatifs sur la QVT et tels que présentés au tableau 1, la plupart portent sur les facteurs suivants : climat psychologique, environnement de travail, indicateurs de la qualité de vie et épuisement professionnel chez les infirmières et les autres professionnels, excluant les CGIPN.

Tableau 1

Synthèse des outils de mesure de la QVT en sciences infirmières et en sciences de la santé (2000-2015)

Références	Instruments	Énoncés	Langue	α^*
Brooks (2001)	<i>Quality Nursing Worklife (QNWL)</i>	42	Anglaise	0,89
Delmas (2001)	Mesure de la qualité de vie au travail	16	Française	0,91
Lee, Dai, Park et McCreary (2013)	<i>Chinese version –Quality Nursing Worklife (C-QNWL)</i>	41	Chinoise	0,93
Leiter et Laschinger (2006)	<i>Nursing Worklife Model (NWLM) + Nurses Work Index + Malasch Burnout Inventory-Human Service Scale (MBIHS)</i>	50	Anglaise	0,72 à 0,91
Manojlovich et Laschinger (2007)	<i>Conditions for Work Effectiveness</i>	21	Anglaise	0,90
	<i>Questionnaire (CWEQ-II)</i>	33		0,93
	<i>PES-NWI</i>			
	<i>Index of Work Satisfaction (IWS)</i>	41		0,92
Martel et Dupuis (2006)	<i>Quality Worklife Systematic Inventory (QWLSI)</i>	33	Anglaise	0,87
Dupuis, Martel, Voirol, Bibeau (2009)	Inventaire systématique de la QVT (ISQVT)	33	Française (Québec)	0,87
Sale et Smoke (2007)	<i>Nursing Worklife (NWL)</i>	43	Anglaise	0,23 à 0,84

*Coefficient alpha de Cronbach

Bien qu'ils aient une très bonne précision et une robustesse propres à leur contexte et leur population, les instruments issus des travaux ci-haut mentionnés ont été conçus dans le but de mesurer et d'identifier les facteurs qui influencent la QVT des infirmières soignantes en milieu de soins. Malheureusement, ces instruments de mesure de la QVT ne comportent pas de questions sur le concept en administration des services infirmiers et n'abordent pas les principes humanistes de la philosophie du *caring* de Watson (1988, 2008b, 2012). Par ailleurs, il faut ajouter que les instruments de mesure recensés dans les écrits scientifiques sur la QVT et qui ont été développés en français en France ne tiennent pas compte de la réalité québécoise des CGIPN travaillant dans un système public de santé. Ce faisant, les énoncés issus de ces questionnaires risquent d'être mal interprétés par les CGIPN exerçant leur profession au Québec. Pour leur part, les instruments existants en langue anglaise concernent uniquement les infirmières soignantes et ne prennent pas en compte le contexte de travail des CGIPN. Pour toutes ces considérations, il devient ainsi primordial de développer un instrument de mesure à

partir de données qualitatives et de la philosophie humaniste en sciences infirmières afin d'identifier les facteurs qui peuvent influencer la QVT en considérant les caractéristiques professionnelles des CGIPN dans le contexte québécois.

Cadre de références et toile de fond

Modèle de la QVT en sciences infirmières d'O'Brien-Pallas et Baumann (1992)

Comme il n'existe pas de cadre de références sur la QVT spécifique aux CGIPN, celui qui a été choisi aux fins de la présente étude est celui qui a été conçu pour les infirmières soignantes (O'Brien-Pallas & Baumann, 1992). Ce cadre de référence situe le travail de la personne dans son contexte social et culturel faisant un lien entre l'expérience personnelle des infirmières et le contexte socio-économique, en incluant les politiques gouvernementales et l'environnement économique qui influencent les décisions relatives aux organisations de santé. Il est composé de deux séries de facteurs (externes et internes) pouvant influencer sur la QVT. Les facteurs externes englobent le marché du travail, les politiques décisionnelles sur les soins de santé et les demandes soumises par la clientèle. Les facteurs internes comprennent les facteurs administratifs, opérationnels, socioenvironnementaux, contextuels et personnels.

La toile de fond à l'étude

Développée à la fin des années 70, la philosophie du *Human caring* de Watson (2008) correspond à une approche intersubjective humaine basée sur un idéal moral, dont le but ultime est le respect, la dignité de la personne et la préservation de l'humanité. Cette théoricienne en sciences infirmières souligne que la contribution de la personne aux soins de santé est déterminée par la capacité des infirmières à traduire cet idéal moral dans leur pratique quotidienne. Watson (2008, 2012) souligne également que le *caring* prend forme lorsque l'infirmière entre dans le champ phénoménal (relation) de la personne, perçoit la réalité subjective de l'autre et devient capable d'aider cette personne à partager ses pensées et ses sentiments négatifs et positifs. Le *caring* nécessite un engagement « esprit-corps-âme » avec une autre personne, à un moment spécifique de la relation interpersonnelle (Watson, 2008, 2012). L'auteure fait référence au concept de relation transpersonnelle de *caring* qui amène, dans ce cas-ci, l'infirmière à aider son collègue ou le patient qu'il soigne, à percevoir

leur condition humaine ainsi qu'à partager, dans la dignité, les sentiments et les pensées qu'il ou qu'elle veut lui exprimer. La relation transpersonnelle peut aussi permettre au cadre gestionnaire infirmier de niveau supérieur d'accompagner le CGIPN, d'être avec lui et de l'aider à mieux décrire et percevoir les éléments qui peuvent influencer (favorablement et défavorablement) son expérience de QVT. Par ailleurs, Watson (2008b, 2012) encourage également à explorer et comprendre la perspective de la personne qui vit elle-même le phénomène, c'est-à-dire, les perceptions des CGIPN quant à leur QVT.

En résumé, à notre connaissance, le contexte de travail en gestion des soins demeure continuellement difficile dans le réseau de la santé et les instruments qui mesurent la QVT des CGIPN apparaissent inexistantes selon les écrits recensés (Cara, 2008; Cara & Brousseau, 2011; Mayrand Leclerc, 2006; Skytt et al., 2007; Watson, 2006). De plus, la plupart des études qualitatives et quantitatives recensées portent majoritairement sur des concepts avoisinants la QVT (attraction, rétention, environnement de travail, satisfaction professionnelle). Ce constat met en évidence le peu d'études sur le concept auprès des CGIPN. C'est pourquoi il devient primordial d'explorer la QVT pour décrire et comprendre la signification de la QVT selon les CGIPN et de développer un instrument de mesure afin d'identifier les facteurs favorables et défavorables susceptibles de l'influencer, en s'appuyant sur la vision humaniste du *caring* de Watson (2008, 2012) de même que sur le cadre de référence de la QVT développé par O'Brien-Pallas et Baumann (1992).

Objectifs de l'étude

La présente étude avait pour objectifs de : 1) décrire et comprendre la signification de la QVT auprès des CGIPN œuvrant en CHA; 2) décrire et comprendre la signification de l'absence de la QVT auprès des CGIPN œuvrant en CHA; 3) développer et valider un instrument de mesure à partir des données qualitatives; 4) d'identifier et mesurer les facteurs favorables et défavorables susceptibles d'influencer la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements de santé du Québec et 5) déterminer les relations entre les caractéristiques sociodémographiques des répondants et le choix des facteurs favorables et

défavorables qui influencent la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements de la santé.

Questions de recherche

1. Quelle est la signification de la QVT pour des CGIPN œuvrant en CHA?
2. Quelle est la signification de l'absence de la QVT pour des CGIPN œuvrant en CHA?
3. Quelles sont les composantes du nouvel instrument qui mesure des facteurs favorables et défavorables à la QVT à partir des données qualitatives, du cadre conceptuel utilisé et de la philosophie humaniste spécifiques aux CGIPN du Québec;
4. Quels sont les facteurs favorables et défavorables les plus susceptibles d'influencer sur la QVT des CGIPN travaillant en établissements publics de santé?
5. Quelle est l'influence des caractéristiques sociodémographiques des répondants sur le choix des facteurs favorables et défavorables qui influent sur la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements de santé?

Méthodologie

L'étude a utilisé une méthodologie mixte séquentielle exploratoire en trois phases afin de répondre aux cinq objectifs de la recherche. Une brève description du processus en trois phases de cette étude est illustrée à la figure 2 à la page suivante.

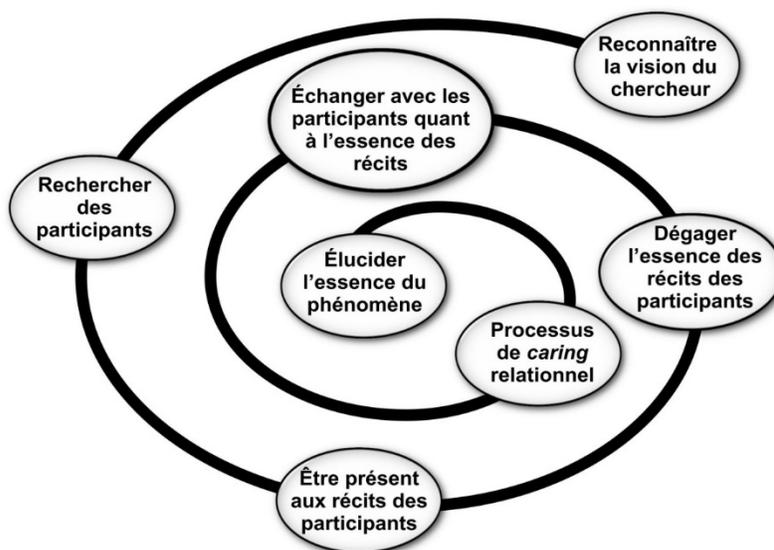


Figure 1. Illustration des sept étapes de l'IRC (Cara & Brousseau, 2012)

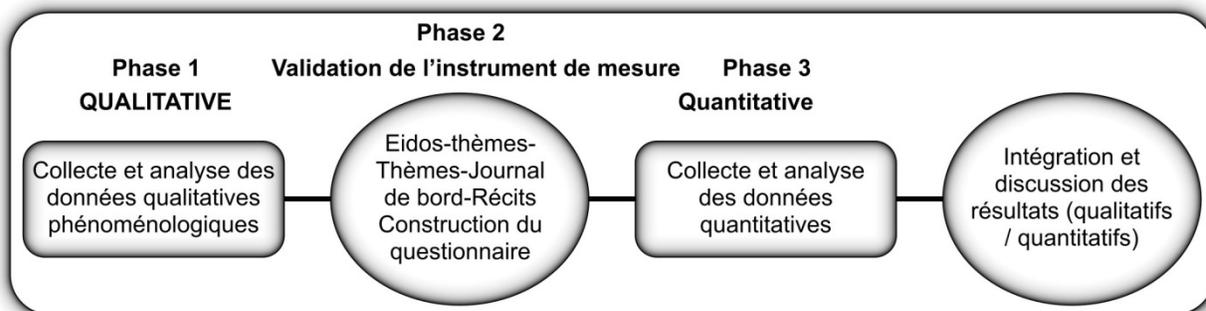


Figure 2. Description du processus du devis mixte séquentiel exploratoire [traduction libre de Creswell & Plano Clark, 2007/2011].

Phase 1 : Méthode qualitative phénoménologique

Prenant appui sur la philosophie du *caring* humain de Watson (2008, 2012) et inspirée de l'école de pensée husserlienne (Husserl, 1970), la méthode phénoménologique descriptive de l'Investigation relationnelle *caring* (IRC) (*Relational Caring Inquiry*) fut développée par une chercheuse québécoise en sciences infirmières (Cara, 1997, 1999) et récemment traduite en français par O'Reilly et Cara (2014). La figure 1 illustre les étapes de l'IRC (Cara & Brousseau, 2012).

La première phase de l'étude mixte a permis de décrire et comprendre le phénomène de la QVT à l'aide d'entrevues individuelles semi-dirigées, et ce, jusqu'à redondance des données auprès d'un échantillon de 14 CGIPN œuvrant en Centre hospitalier universitaire affilié (CHA). Les 14 participants ont été recrutés avec l'aide de la directrice des soins infirmiers du CHA. La première série d'entrevues semi-dirigées, enregistrée sur bande audio numérique, fut réalisée dans un milieu de leur choix en toute confidentialité. Elle a permis d'obtenir le maximum d'informations relativement à la signification de l'expérience vécue que donnent les CGIPN à leur QVT et de l'absence de celle-ci. Une deuxième série d'entrevues, cette fois par téléphone, auprès de 13 des 14 CGIPN a permis de valider l'analyse des informations recueillies lors de la première entrevue. À ce sujet, il n'a pas été possible de valider le récit du 14^e participant car ce dernier n'a pas répondu aux deux courriels de rappel. Comme il n'a pas validé son propre récit, une analyse interprétative des métaphores et des *verbatim* a dû être réalisée pour bien saisir le sens de ses propos. Le contenu analysé fut également validé par les directeurs de recherche. À l'aide d'un guide d'entrevue (voir annexe A), la collecte et l'analyse des données se sont déroulées sur une période de 11 mois (février 2011 à janvier 2012). L'analyse qualitative phénoménologique des données, selon les étapes de Cara (1997), a fait émerger les unités de significations, 218 sous-thèmes, 23 thèmes, huit eidos-thèmes et l'essence du phénomène de la QVT chez les CGIPN. Ceux-ci ont servi à construire les 48 énoncés de l'instrument de mesure de la QVT servant lors des deuxième et troisième phases de l'étude.

Associés aux deux premières questions de recherche, la section suivante expose brièvement les résultats qualitatifs (cinq eidos-thèmes favorables et trois défavorables) incluant les thèmes et les essences du phénomène issus des analyses manuelles des données qui ont servi à la création des questions sociodémographiques et des 48 énoncés composant l'instrument de mesure pour les deuxième et troisième phases de l'étude.

Résultats qualitatifs (phase 1)

Les objectifs de la première phase visaient à décrire et comprendre la signification de la QVT et l'absence de celle-ci auprès des CGIPN œuvrant en CHA. L'analyse

phénoménologique a d'abord permis l'émergence de cinq eidos-thèmes : a) l'actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins infirmiers, b) les éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle, c) le soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel, d) l'organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins infirmiers et e) l'accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers. De ces cinq eidos-thèmes favorables, se dégage l'essence de la signification expérientielle de la QVT pour les CGIPN qui signifie «l'émancipation socioprofessionnelle du cadre gestionnaire infirmier de premier niveau dans sa pratique clinico-administrative au sein d'une organisation humaniste ». L'analyse phénoménologique des données qualitatives a également permis de dégager trois eidos-thèmes défavorables à la QVT correspondant à : a) la déshumanisation organisationnelle, b) les conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers et c) l'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices. Sur la base de ces trois eidos-thèmes défavorables, l'essence de la signification expérientielle de l'absence d'une QVT pour les CGIPN qui en émane représente « la dysharmonie au travail du cadre gestionnaire infirmier de premier niveau à l'intérieur d'une structure organisationnelle déshumanisante mettant en péril sa pratique clinico-administrative ». La prochaine section porte sur le développement et la validation d'un nouvel instrument de mesure sur les facteurs (favorables et défavorables) pouvant influencer la QVT des CGIPN.

Phase 2 : Développement et validation de l'instrument de mesure des facteurs favorables et défavorables susceptibles d'influer sur la QVT des CGIPN

La seconde phase de l'étude mixte a pour objectif de développer et de valider un nouvel instrument de mesure intitulé : « Facteurs influençant la QVT des CGIPN en établissements de santé ».

Démarche de sélection des répondants de la seconde phase

Au départ, l'investigateur a soumis un résumé du projet de recherche (phase 2) à deux directrices de soins infirmiers (DSI) œuvrant en Centre de santé et des services sociaux (CSSS) et en Centre hospitalier universitaire (CHU) de la région de Montréal pour le

recrutement des CGIPN. Celles-ci ont rencontré les CGIPN de leur établissement respectif pour identifier les CGIPN intéressés à participer à cette phase du projet. L'échantillonnage par choix raisonné (Houser, 2012) était composé de 30 CGIPN soit 15 œuvrant dans divers secteurs de soins d'un CSSS (Hôpital-CLSC-Centre d'hébergement) et 15 œuvrant dans un CHU. Parmi les 30 sollicités, seulement 22 CGIPN (11 en CSSS et 11 en CHU) ont accepté volontairement d'y participer. Deux courriels à intervalle de quatre semaines ont été acheminés par l'investigateur en guise de rappel auprès des 22 répondants pour la validation du questionnaire.

Développement des questions sociodémographiques et des énoncés du questionnaire

Tel qu'indiqué antérieurement, les énoncés du questionnaire s'inspirent directement des résultats qualitatifs (thèmes, eidos-thèmes et essences), des *verbatim*, des notes de terrain, des récits synthèses et du journal de bord obtenus lors de la première phase de la présente étude. Le questionnaire (deux parties) s'appuie également sur les dimensions du cadre de référence de la QVT (O'Brien-Pallas & Baumann, 1992) et la toile de fond à l'étude (la philosophie du *caring* humain de Watson, 2008, 2012), tels que mentionnés précédemment. La première version du questionnaire comportait 56 questions divisées en deux sections. La première section était composée de huit questions portant sur les données sociopersonnelles, professionnelles et organisationnelles afin de constituer le profil de la population cible. La deuxième section était composée de 48 énoncés à répondre à l'aide d'une échelle à cinq choix de réponse (1 = pas du tout, 2 = un peu, 3 = moyennement, 4 = beaucoup et 5 = totalement). Chaque énoncé consistait à identifier la perception des répondants relativement aux construits théoriques afin d'identifier les facteurs pouvant être susceptibles d'influencer leur QVT en tant que CGIPN. Le développement de ce questionnaire auto-administré a suivi un processus rigoureux dont les étapes sont illustrées ci-dessous à la figure 3.

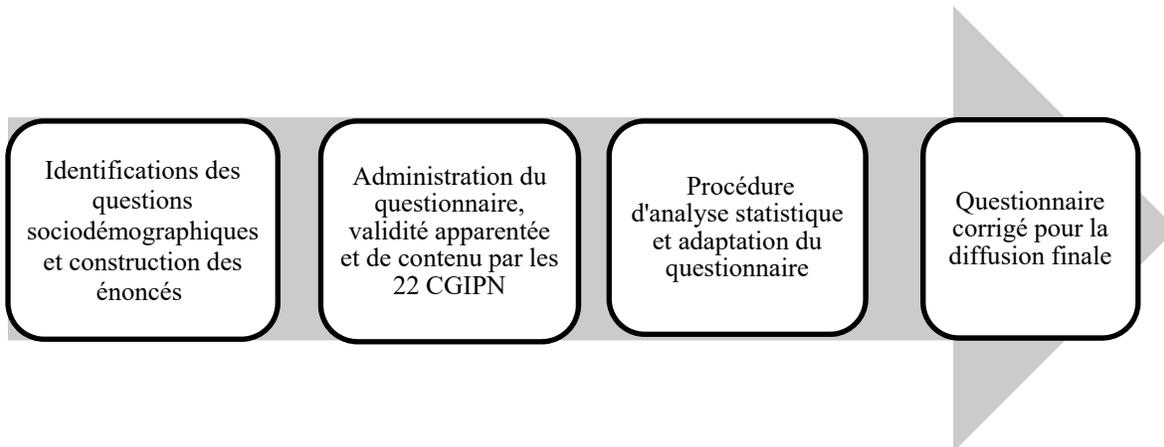


Figure 3. Étapes du développement du questionnaire auto-administré « Facteurs influençant la QVT des CGIPN en établissements de santé ».

Administration du questionnaire, validité apparente et de contenu

Le questionnaire en format électronique a été distribué aux 22 CGIPN par courriel sécurisé. Chaque répondant devait répondre à trois questions sur le construit théorique du questionnaire sur la QVT. Les questions se lisaient comme suit : 1) Est-ce que la disposition du texte est adéquate? 2) Est-ce que les énoncés sont nécessaires et suffisants? et 3) Est-ce que les énoncés sont clairement formulés? Les 22 répondants ont apporté des commentaires pour améliorer le contenu du questionnaire dans son ensemble. Cette étape a été réalisée sur une période de cinq mois. Les répondants ont ensuite retourné leurs commentaires à l'investigateur par courriel sécurisé. Ils ont toutefois été informés qu'ils ne seraient pas retenus pour participer à la troisième phase (enquête provinciale) de façon à réduire au minimum les risques de biais.

Procédure d'analyse statistique et adaptation du questionnaire

Des analyses ont été réalisées pour valider la force d'association entre les eidos-thèmes et les énoncés provenant des résultats qualitatifs (première phase de l'étude). En se basant sur les commentaires positifs et les résultats obtenus, trois nouvelles questions sociodémographiques ont été ajoutées soient : 1) Formations complétées : diplôme d'études collégiales, 2) Nombre d'unités ou de services et 3) Nombre d'employés, dans le but d'assurer une meilleure représentativité populationnelle. Des correctifs mineurs furent apportés à la

formulation de quelques énoncés, sans en changer le sens. Toutefois, deux répondants sur 22 ont omis de répondre aux énoncés du questionnaire comme indiqué dans le protocole initial. Considérant ce fait, l'analyse statistique a été effectuée sur la base d'un échantillon de 20 CGIPN en ce qui a trait aux choix de réponses des énoncés sur la QVT seulement. Cependant, il fut possible d'analyser les commentaires émanant des trois questions (voir tableau 2) de même que d'obtenir les données descriptives des caractéristiques des 22 CGIPN. Les résultats quantitatifs issus de l'analyse statistique et une brève discussion sont présentés dans la prochaine section. La seconde phase de l'étude mixte avait pour objectifs de développer et valider un instrument de mesure à partir des données qualitatives, du cadre conceptuel et de la philosophie humaniste spécifiques aux CGIPN du Québec. En employant un terme adapté au volet quantitatif, les huit eidos-thèmes deviennent les huit facteurs de la QVT pour les deux prochaines phases de la recherche. Les résultats de la seconde phase sont présentés dans la section suivante.

Résultats et discussion de la validation de l'instrument (phase 2)

Caractéristiques des répondants

Dans un premier temps, l'échantillon se composait de 22 CGIPN. Seulement 20 CGIPN ont complété les questions sociodémographiques et les 48 énoncés. L'échantillon de 20 CGIPN était composé de 73 % de femmes et 27 % d'hommes. 90 % des répondants sont âgés entre 30 et 59 ans. Parmi ceux-ci, 10 CGIPN travaillent en CSSS et 10 en CHU. La moyenne d'années d'expérience en gestion des soins était de huit ans. La grande majorité (95 %) des CGIPN occupe la fonction à l'intérieur d'une structure par programme clientèle. Tous les répondants ont suggéré des corrections et apporté des commentaires au questionnaire. La durée moyenne pour répondre aux deux sections a été de 25 minutes. Le processus méticuleux de validation par l'investigateur a permis que les questions sociodémographiques et les énoncés du questionnaire produisent des résultats fidèles et valides de manière à réduire le plus possible les biais (Norman & Streiner, 2008). Tel qu'illustré au tableau 2, 22 CGIPN ont donné leur opinion (oui ou non) sur la disposition des énoncés, si ceux-ci étaient nécessaires ou suffisants et clairement formulés. L'analyse a permis de mesurer la proportion

d'acceptation pour chacune des questions à l'aide du logiciel SPSS, version 22 pour Windows 7 (2013) avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %.

Tableau 2

Opinion des 22 participants sur la disposition du texte, des énoncés et la clarté des questions avec un IC à 95 %

Trois questions	Numéros d'énoncés	Oui (%)	N	Intervalle de confiance (IC) à 95 %
1. Est-ce que la disposition du texte est adéquate?	1-18	19 (86 %)		[64 %; 96 %]
	19-36	21 (96 %)		[75 %; 99 %]
	37-48	21 (96 %)		[75 %; 99 %]
2. Est-ce que les énoncés sont nécessaires et suffisants?	1-18	19 (86 %)		[64 %; 96 %]
	19-36	21 (96 %)		[75 %; 99 %]
	37-48	22 (100 %)		[82 %; 100 %]
3. Est-ce que les énoncés sont clairement formulés?	1-18	13 (59 %)		[37 %; 79 %]
	19-36	17 (77 %)		[54 %; 91 %]
	37-48	19 (86 %)		[64 %; 96 %]

Les répondants considèrent que la disposition du texte est adéquate pour les énoncés 1 à 18 (86 %), 19 à 36 (96 %) et 37 à 48 (96 %). Ils jugent également que les énoncés 1 à 18 (86 %), 19 à 36 (96 %) et 37 à 48 (100 %) sont nécessaires et suffisants. Les résultats pour les deux premières questions présentent ainsi un pourcentage élevé d'appréciation. Cependant, pour la troisième question, les CGIPN trouvent que les énoncés 1 à 18 (59 %) sont légèrement moins clairement formulés, contrairement aux énoncés 19 à 36 (77 %) et 37 à 48 (86 %) qui s'avèrent clairement formulés. Sur la base de leurs commentaires et du pourcentage d'appréciation, des corrections ont été apportées aux énoncés 1 à 18 afin de les rendre plus compréhensibles. Par ailleurs, les 48 énoncés du questionnaire auto-administré sont disponibles en annexe B du présent article.

Le tableau 3 expose les résultats du coefficient alpha de Cronbach (α) qui a été calculé pour chacun des huit facteurs (cinq favorables et trois défavorables) afin de juger de la consistance interne de ceux-ci. Le nombre d'énoncés par facteur varie entre trois et onze.

Tableau 3

Consistance interne du questionnaire préliminaire validé sur la base du nombre d'énoncés pour chaque facteur

	(α)	Nombre d'énoncés
Facteurs favorables à la QVT		
1. Actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins infirmiers	0,63	5
2. Éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle	0,83	11
3. Soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel	0,77	5
4. Organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins infirmiers	0,71	3
5. Accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers	0,68	4
Facteurs défavorables à la QVT		
6. Déshumanisation organisationnelle	0,70	10
7. Conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers	0,59	6
8. Accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices	0,46	4
Score global du coefficient de l'alpha de Cronbach	0,93	48

Les résultats du tableau 3 indiquent qu'il y a quatre facteurs qui présentent une consistance interne entre $\alpha = 0,7$ et $\alpha = 0,83$, ce qui reflète une précision allant d'acceptable à excellente, soit trois facteurs favorables et un défavorable à la QVT. De plus, deux facteurs favorables montrent une consistance interne modeste ($\alpha = 0,63$ et $\alpha = 0,68$) et deux facteurs défavorables présentent des résultats considérés comme faibles ($\alpha = 0,46$ et $\alpha = 0,59$). Il est à noter que les coefficients d'alpha de Cronbach inférieurs peuvent s'expliquer par le fait que ces derniers comptent moins d'énoncés pour chaque facteur. En effet, Peterson (1994) confirme dans sa méta-analyse que les échelles publiées dans les trente dernières années à deux ou trois énoncés par dimension étudiée ont un coefficient α moyen de 0,73 alors que les échelles composées de plus de trois énoncés par dimension sont en moyenne de 0,77; il en

ressort donc qu'un coefficient alpha de Cronbach de $\geq 0,7$ s'avère acceptable (Cronbach, 1951; Norman & Streiner, 2008). De plus, ces auteurs indiquent que la taille de l'échantillon peut aussi avoir un impact sur les résultats de la consistance interne d'un questionnaire. En effet, un faible échantillon ($n = 20$) tel qu'utilisé dans la présente phase peut expliquer aussi les plus faibles coefficients alpha de Cronbach obtenus. Considérant l'ensemble des huit facteurs, les résultats suggèrent un score global du coefficient alpha de Cronbach de 0,93, ce qui se révèle excellent (Norman & Streiner, 2008). À la lumière de l'analyse statistique et des résultats qui en découlent, le questionnaire fut corrigé (précisions de quelques énoncés et ajout de trois questions sociodémographiques) afin de s'assurer que le questionnaire soit bien compris par les répondants de la troisième et dernière phase de la recherche mixte, soit l'enquête quantitative en ligne présentée dans la prochaine section.

Phase 3 : Enquête en ligne

La troisième phase consistait à effectuer une enquête en ligne ayant pour objectifs d'identifier et de mesurer les facteurs favorables et défavorables pouvant influencer la QVT des CGIPN travaillant dans les établissements du réseau de la santé québécois. Après avoir reçu l'autorisation du CÉR du CHA, l'investigateur a élaboré et signé un projet d'entente de confidentialité avec une firme de sondage québécoise quant au soutien technologique pour la mise en ligne du questionnaire selon les règles éthiques de sécurité des données encryptées.

Déroulement de la troisième phase

Le protocole de recherche fut soumis à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) afin d'obtenir la liste d'envoi courriel confidentielle et sécurisée des CGIPN. Lors du dernier renouvellement de l'attestation d'inscription au tableau de l'OIIQ, 797 des 2577 CGIPN avaient donné leur accord pour participer à des projets de recherche. Un résumé synthèse des trois phases du projet de recherche a été acheminé aux affaires externes de l'OIIQ avec l'entente de confidentialité entre la firme de sondage et l'investigateur. Par la suite, un engagement de confidentialité fut signé avec l'OIIQ en vue d'obtenir les adresses courriels confidentielles et non nominales des 797 CGIPN œuvrant dans divers établissements à travers le Québec.

Population et milieu

La sélection de la population étudiée a été déterminée à l'aide d'une série de critères de sélection soient : 1) être CGIPN à temps complet ou temps partiel, 2) parler et comprendre la langue française, 3) superviser le personnel soignant, 4) gérer le budget de son service et 5) accepter de répondre volontairement à l'enquête quantitative en ligne. Sur la base des critères d'inclusion, la population visée (797 CGIPN) de cette phase de la recherche représente les CGIPN œuvrant dans les différents secteurs d'activités des établissements du réseau public de la santé québécois. Les établissements publics sont des CHA, CHU, CSSS et Centres de réadaptation (CR).

Collecte des données et taux de réponse

Parmi un échantillon de 797 courriels, deux courriels se sont avérés invalides ramenant la taille totale de l'échantillon à 795 CGIPN. Dans un premier temps, les courriels d'invitation incluant une infolettre (résumé du projet) furent envoyés aux participants (n = 795) par la firme de sondage les 9, 10 et 13 mai 2013 dans le cadre d'un démarrage en douceur « *soft launch* » incluant un hyperlien pour accéder à l'enquête en ligne (Web). La collecte de données électronique s'est échelonnée sur une période allant du 9 au 30 mai 2013 incluant deux rappels (22 et 27 mai) afin de maximiser le taux de réponse (Dillman, Smyth, & Christian, 2009; McPeake, Bateson, & O'Neill, 2014).

En accédant à un hyperlien dans leur courriel, les CGIPN pouvaient prendre connaissance des informations détaillées sur l'enquête. En acceptant d'y participer, ceux-ci étaient automatiquement dirigés vers le questionnaire en ligne Web « *Facteurs influençant la QVT des CGIPN en établissements de santé* ». Le questionnaire comportait un total de 59 questions réparties en deux sections : 11 questions sociodémographiques et 48 énoncés concernant la QVT. Parmi les 795 envois anonymes, 291 questionnaires ont été complétés et traités. Ainsi, après deux rappels, le taux de réponse a été de 37,9 %. Ce résultat s'avère très acceptable dans le cadre d'une enquête en ligne (Web) (McPeake et al., 2014) et est considéré, selon ces auteurs, comme très satisfaisant.

Analyse statistique des données

Les analyses statistiques ont été conduites à l'aide du programme SPSS, version 22 pour Windows 7 (2013). Dans un premier temps, les coefficients alpha de Cronbach (α) ont été calculés pour connaître les propriétés psychométriques du nouvel instrument de mesure de la QVT chez les CGIPN. Par la suite, des analyses descriptives ont permis de faire ressortir les caractéristiques sociodémographiques des répondants (tableau 4). Finalement, des analyses de variance, des comparaisons appariées, des tests post-hoc et de corrélation de Pearson (r) ont été effectués pour vérifier les différences de moyennes des scores entre les répondants et pour déterminer si les variables explicatives (sociopersonnelles, professionnelles et organisationnelles) influencent ou pas le choix des facteurs favorables et défavorables à la QVT des répondants (Tabachnik & Fidell, 2013).

Résultats de la troisième phase

La majorité des répondants (3/4) ont répondu aux 48 énoncés concernant la QVT et aux 11 questions sociodémographiques. Il appert y avoir très peu de données manquantes (8 à 11 par question) et celles-ci semblent avoir peu d'impact sur l'ensemble des résultats quantitatifs (Tabachnik & Fidell, 2013).

En comparant les données sociodémographiques de la présente étude avec celles de l'OIIQ, on observe une similitude dans les proportions des échantillons tant pour le genre que la moyenne d'âge, minimisant les biais possibles de sélection. Cependant, il appert que les répondants à la présente étude ont, en général, un niveau de formation plus élevé que ceux que l'on retrouve dans les données de l'OIIQ (2014), sauf pour ceux qui détiennent un baccalauréat pour lesquels la proportion des deux échantillons est très similaire. Pour ce qui est du lieu de pratique, il y a plus de répondants provenant de CSSS et de CHU dans la présente étude, par rapport aux données de l'OIIQ (2014). Enfin, la proportion de CGIPN pratiquant dans un CHA et en réadaptation (CR) est comparable aux données statistiques de l'OIIQ. Il est à noter que l'échantillon de CGIPN en CR étant de petite taille ($n = 3$), ceux-ci n'ont pas été retenus pour les analyses statistiques. Les données des caractéristiques sociodémographiques des 291 répondants sont présentées au tableau 4.

Tableau 4

Caractéristiques sociopersonnelles, professionnelles et organisationnelles (IC 95 %) des répondants à l'enquête et des CGIPN de l'OIIQ

Caractéristiques	Répondants (N = 291)*		OIIQ (N = 2577) **		
		N	%	N	%
Âge	Moyenne = 46 ans (ET = 9,1)	285		Moy. 48,3 ans	
Genre	Homme	63	21,8	525	20,4
	Femme	226	78,2	2052	79,6
État civil		289			
Célibataire		23	8	N/D	N/D
Conjoint de fait		90	31,1	N/D	N/D
Marié		134	46,4	N/D	N/D
Divorcé		29	10	N/D	N/D
Séparé		6	2,1	N/D	N/D
Monoparental		7	2,4	N/D	N/D
Nombre d'enfants	Moyenne = 1,86 (ET = 1,2)	288		N/D	N/D
Niveau de formation		289			
Cycle supérieur		123	42,6	633	24,6
Baccalauréat		104	36	910	35,3
Certificat		33	11,4	430	16,7
Diplôme d'étude collégiale (DEC)		29	10	604	23,4
Années d'expérience	Moyenne = 10,43 (ET = 9,2)	286		N/D	N/D
Titre d'emploi		287		N/D	N/D
Infirmier (ère) chef		161	56,1	N/D	N/D
Coordonnateur d'activités de soins		90	31,4	N/D	N/D
Chef de programme santé		26	9,0	N/D	N/D
Autres fonctions		10	3,5	N/D	N/D
Nombre d'employés	Moyenne = 120 (ET = 151,8)	280		N/D	N/D
Lieu de pratique (public)		285			
CSSS		198	69,5	1440	55,9
CHU		56	19,6	317	12,3
CHA		28	9,8	229	8,9
Centre de réadaptation		3	1,1	13	0,5
Autres établissement				591	22,4
Type de structure organisationnelle		289		N/D	N/D
Prog. clientèle		196	67,8	N/D	N/D
Traditionnelle		93	32,2	N/D	N/D
Nombre d'unités ou services	Moyenne = 5,0 (ET = 12,5)	282		N/D	N/D

*Certaines données des caractéristiques des répondants sont manquantes. ** Données statistiques des CGIPN comparatives de l'OIIQ disponibles. # Comme l'enquête était anonyme, il n'a pas été possible d'identifier les CGIPN qui ont répondu au questionnaire. En conséquence, l'échantillon de l'OIIQ inclut les répondants à l'enquête.

Validité du questionnaire

Le tableau 5 présente les résultats de l'analyse statistique de coefficients alpha de Cronbach (α) avec un intervalle de confiance (IC) de 95 % (bornes inférieure et supérieure) pour chacun des facteurs favorables et défavorables. Cette analyse fut réalisée afin de mieux juger de la consistance de l'instrument. Pour les 48 énoncés ($n = 270$ à 279), le coefficient d'alpha de Cronbach global se situe à 0,95, soit légèrement supérieur au résultat de la seconde phase, ce qui est considéré excellent pour un nouvel instrument de mesure (McPeake et al., 2014).

Tableau 5

Consistance interne du questionnaire avec un IC à 95 % pour chacun des eidos-thèmes

Facteurs favorables (FF) à la QVT	Alpha de Cronbach	Nombre d'énoncés	Inf.	Sup.
FF1. Actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins infirmiers (n=278)	0,763	5	0,716	0,804
FF2. Éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle (n=270)	0,873	11	0,849	0,894
FF3. Soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel (n=279)	0,779	5	0,735	0,817
FF4. Organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins infirmiers (n=275)	0,671*	3	0,598	0,733
FF5. Accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers (n=273)	0,767	4	0,718	0,809
Facteurs défavorables (FD) à la QVT	Alpha de Cronbach	Nombre d'énoncés	Inf.	Sup.
FD1. Déshumanisation organisationnelle (n=272)	0,884	10	0,863	0,904
FD2. Conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers (n=273)	0,709	6	0,652	0,759
FD3. Accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices (n=279)	0,652*	4	0,581	0,714
Tous les 48 énoncés (score global)	0,954	48	0,945	0,962

*coefficient alpha de Cronbach inférieur à 0,7 et comporte un petit nombre d'énoncés.

Le tableau 6 montre qu'il y a des corrélations modérées à fortes entre les scores des facteurs favorables et défavorables à la QVT.

Tableau 6

Matrice de corrélations bilatérales entre les scores (facteurs favorables (FF) et défavorables (FD) à la QVT)

Variables		FF1	FF2	FF3	FF 4	FF5	FD1	FD2	FD 3	Total
FF1	Corrél. (r)	1								
	N	280								
FF2	Corrél. (r)	0,62	1							
	N	279	283							
FF3	Corrél. (r)	0,74	0,79	1						
	N	279	282	282						
FF4	Corrél. (r)	0,63	0,61	0,70	1					
	N	272	275	275	275					
FF5	Corrél. (r)	0,53	0,59	0,62	0,616	1				
	N	279	280	280	273	281				
FD1	Corrél. (r)	0,66	0,59	0,67	0,499	0,44	1			
	N	279	280	280	273	281	281			
FD2	Corrél. (r)	0,53	0,53	0,65	0,458	0,42	0,724	1		
	N	276	279	279	275	278	278	280		
FD3	Corrél. (r)	0,38	0,46	0,51	0,465	0,50	0,539	0,57	1	
	N	279	283	282	275	281	281	280	284	
Total	Corrél. (r)	0,80	0,81	0,91	0,737	0,70	0,862	0,79	0,67	1
	N	279	282	282	275	281	281	280	283	283

*p < 0,001. N varie de 272 à 284. Des coefficients de Pearson sont rapportés pour les variables bilatérales.

Le tableau 7 présente la moyenne des scores pour chacun des facteurs favorables et défavorables étudiés selon l'échelle de réponse utilisée, allant de 1 (pas du tout) à 5 (totalement).

Tableau 7

Données statistiques des scores obtenus

Facteurs favorables à la QVT	n*	Min.	Max.	\bar{x}	s
FF1. Actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins infirmiers	280	2,00	5,00	3,99	0,54
FF2. Éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle	282	1,73	5,00	3,97	0,60
FF3. Soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel	283	1,20	5,00	3,96	0,63
FF4. Organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins infirmiers	275	1,67	5,00	3,72	0,66
FF5. Accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers	281	1,00	5,00	3,52	0,80
Facteurs défavorables à QVT					
FD1. Déshumanisation organisationnelle	281	1,60	5,00	3,91	0,73
FD2. Conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers	280	1,50	5,00	3,78	0,66
FD3. Accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices	284	1,00	5,00	3,56	0,67
Score des facteurs globaux	283	2,27	4,98	3,84	0,54

Les résultats suggèrent que les répondants accordent une très grande importance aux trois premiers facteurs favorables à la QVT et au premier facteur défavorable à la QVT. En effet, la possibilité d'actualiser son leadership et ses habiletés politiques afin d'améliorer la qualité des soins infirmiers influencent grandement la QVT des CGIPN (FF1 : 3,99). De plus, les éléments contextuels qui sont propices à l'humanisation organisationnelle (présence de valeurs humanistes) (FF2 : 3,97) ainsi que le soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel (FF3 : 3,96) s'avèrent deux facteurs qui influent grandement sur leur QVT. La déshumanisation organisationnelle (FD1 : 3,91) est le plus important facteur défavorable qui peut influencer la QVT des CGIPN. Quant à l'organisation apprenante qui favorise le développement des compétences en gestion des soins infirmiers (FF4 : 3,72) et les conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers (FD2 : 3,78), les résultats montrent que les CGIPN accordent modérément d'importance à ces deux facteurs pour leur QVT, comparativement aux autres facteurs.

En ce qui a trait aux deux derniers facteurs (favorable et défavorable) à savoir l'accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers (FF5 : 3,52) et l'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices (FD3 : 3,56), ceux-ci obtiennent des scores relativement plus bas que les facteurs précédents. Bien que les scores moyens de ces deux facteurs soient légèrement plus bas, il n'en demeure pas moins qu'ils influent modérément sur la QVT des CGIPN.

Caractéristiques des répondants liées aux facteurs favorables et défavorables à la QVT des CGIPN

Il n'y a pas de différence significative entre les femmes et les hommes quant aux choix des facteurs favorables ou non favorables à la QVT des CGIPN ($p > 0,005$). Par contre, il y a une corrélation faible négative entre l'âge des répondants et le FD3 : les CGIPN plus âgés ont moins tendance à trouver que l'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices nuit à la QVT (tableau 8). De même, il y a une corrélation négative entre le nombre d'années d'expérience de travail et l'importance que les répondants accordent aux facteurs FF2 (**Éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle**), FF5 (**Accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers**) et FD3 (**Accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices**).

Tableau 8
Corrélation de *Pearson* (r) entre l'âge et les années d'expérience et le choix des facteurs favorables FF2 et FF5) et le facteur défavorable FD3

Variables	FF2*	FF5**	FD3***
Âge	NS****; $p > 0,05$	NS; $p > 0,05$	$r = -0,162$; $p = 0,007$ (N= 278)
Années d'expérience	$r = -0,124$; $p = 0,039$ (N= 277)	$r = -0,161$; $p = 0,007$ (N= 276)	$r = -0,118$; $p = 0,048$ (N= 278)

*FF2. Éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle; **FF5. Accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers; ***FD3. Accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices; **** non significatif

Par ailleurs, les analyses de variances et de comparaisons multiples de l'état civil en rapport avec les différents facteurs (favorables et défavorables) suggèrent quelques différences minimalement significatives qui, conséquemment, n'ajoutent pas de valeurs appréciables à la présente recherche. De plus, les résultats montrent que le nombre d'enfants, le niveau de formation, le titre d'emploi, le lieu de pratique, le nombre d'unités et d'employés de même que la structure organisationnelle ne sont pas liés au choix des facteurs favorables et défavorables sur la QVT des CGIPN.

En somme, les résultats quantitatifs reproduisent et mettent en évidence les mêmes conclusions que les résultats qualitatifs quant au choix des facteurs (favorables et défavorables) qui peuvent avoir une influence sur la QVT des CGIPN qui ont participé aux trois phases de la présente recherche.

Discussion

La discussion est présentée en fonction des cinq facteurs favorables et des trois facteurs défavorables à la QVT, en intégrant les résultats qualitatifs et quantitatifs.

Facteurs favorables à la QVT

FF1. Actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins infirmiers

Les participants aux entrevues et les répondants à l'enquête jugent essentiels d'actualiser leur leadership et habiletés politiques afin d'être en mesure d'apporter des améliorations à la qualité des soins offerts à la clientèle (score élevé FF1= 3,99/5). Les résultats qualitatifs et quantitatifs suggèrent que cet aspect contribue considérablement à leur QVT. Ce fait rejoint directement les recherches de Brown (2010), d'O'Neil, Morjikian, Cherner, Hirchkorn et West (2008) de même celles de Kelly, Wicker et Gerking (2014) et de McDowell, Williams et Kautz (2013) qui révèlent que la reconnaissance de l'expertise du leadership des CGIPN s'avère un aspect incontournable pour leur rétention et leur santé au travail. De plus, Laschinger, Wong, Grau, Read et Pineau Stam (2012) affirment, dans leur étude d'analyse secondaire quantitative mesurant la pratique du leadership, qu'une haute direction qui favorise

l'empowerment du CGIPN génère le sentiment de gérer efficacement son unité de soins ou son service de santé et d'être performant au travail. Les résultats de la présente étude corroborent également les écrits d'Antrobus et Kitson (1999), la revue systématique de Lee et Cummings (2008), l'étude qualitative de Dellve et Wikström (2009) ainsi que la recherche ethnographique de Sørensen, Delmar et Perdesen (2011). Ces auteures argumentent qu'une connaissance accrue de la joute stratégique et politique dans le processus de négociation et la prise de décisions sont nécessaires afin de défendre les enjeux liés aux soins infirmiers. En terminant, ces écrits, n'établissant pas de lien direct avec la QVT, font donc ressortir le caractère novateur de ce premier résultat de la présente recherche en sciences infirmières.

FF2. Éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle

Le second facteur favorable à la QVT correspond aux éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle qui peuvent influencer grandement la QVT des CGIPN œuvrant dans les divers établissements de santé. Cette humanisation se manifeste qualitativement par le bien-être et la satisfaction au travail, des conditions d'exercice favorables pour les CGIPN, la conciliation travail-famille et vie sociale, l'environnement de travail sain et sécuritaire de même que la présence de valeurs humanistes (Cara, 2008; Cara & Brousseau, 2011; Olender, 2013; Todres, Galvin & Dahlberg, 2007).

Les résultats de l'enquête montrent que les répondants accordent une très grande importance à ce facteur lié à la QVT (score élevé = 3,97/5). Les CGIPN (participants et répondants) jugent primordiale la présence de valeurs humanistes en gestion pour assurer leur QVT. Tant qualitativement que quantitativement, ils perçoivent qu'un milieu de travail équilibré, sain et flexible, une gestion basée sur l'humanisme, l'humour au travail de même que la présence de valeurs humanistes à travers l'organisation pourraient exercer une influence favorable sur leur QVT. Les résultats issus de la présente étude apportent un nouvel éclairage quant à l'importance des pratiques humanistes pour maintenir et favoriser la satisfaction professionnelle des CGIPN. Cet élément est confirmé par les résultats des recherches qualitatives de Cara (1997, 2008), de Paliadelis (2006), de l'étude quantitative d'Olender (2013) sur les relations de *caring* en gestion de même que les travaux de Kingston et Brooks

Turkel (2011), les écrits de Nyberg (1989, 1998) sur le *caring* en administration des services infirmiers, la théorie du *caring* bureaucratique de Ray et Turkel (2010) de même que le modèle humaniste des soins infirmiers de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal développé par Cara et al. (2015); ces derniers argumentent qu'un milieu de travail qui manifeste des attitudes (e.g. être à l'écoute, être présent à l'autre, assister son collègue lors de situations problématiques) et des comportements de *caring* (e.g. encourager les employés et les collègues, établir une relation de confiance, reconnaître le travail accompli, inclure les CGIPN a personne dans les décisions) dans la pratique en gestion favorise le bien-être au travail du personnel soignant et des CGIPN. Les travaux de Cara, Nyberg et Brousseau (2011) de même que ceux de Watson (2006, 2008, 2012) soutiennent que les pratiques humanistes à travers l'organisation favorisent la santé organisationnelle des CGIPN. En outre, les travaux de Cara (2008) et Watson (2006) montrent qu'un environnement de travail des CGIPN empreint d'humanisme engendre des relations harmonieuses et de confiance au sein de leur équipe de travail en gestion et favorise la rétention de ceux-ci. Il ne fait aucun doute que ce résultat revêt un caractère et un facteur novateurs qui promeuvent la QVT des CGIPN.

FF3. Soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel

Les résultats obtenus ici mettent en évidence que le troisième facteur favorable se révèle nettement important pour améliorer la QVT des CGIPN (score élevé = 3,96/5). Ces résultats, en termes de soutien organisationnel, s'avèrent également confirmés et supportés par les études antérieures recensées. Les résultats de la présente recherche corroborent la revue systématique de Lee et Cummings (2008) et l'étude qualitative d'Olender (2013). Ces auteurs démontrent que les CGIPN perçoivent le soutien organisationnel comme étant un facteur positif qui conduit à un sentiment de valorisation et de satisfaction professionnelle. Les résultats de la présente étude rejoignent directement les résultats de l'étude corrélationnelle de Simmons (2013) à l'effet que le soutien organisationnel positif contribue significativement à l'engagement au travail des CGIPN et génère un sentiment d'accomplissement personnel. Qui plus est, les écrits de Brown (2010), de Carter et Platt (2013), de Hewko et al. (2014), de Mayrand Leclerc (2006), d'O'Brien-Pallas et Baumann (1992) ainsi que ceux de Watson (2009) révèlent que le soutien authentique, encourageant, réconfortant et rassurant entre les

divers professionnels de la santé y compris les CGIPN est considéré comme un facteur bénéfique pour maintenir un environnement thérapeutique harmonieux et de qualité. De la même façon, la philosophie du *Human caring* de Watson (2008, 2012) reconnaît l'importance de promouvoir un milieu de travail empreint de soutien et de protection visant la préservation de l'harmonie de la personne.

FF4. Organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins infirmiers

L'organisation apprenante qui favorise le développement des compétences en gestion des soins infirmiers s'avère le quatrième facteur favorable, qui influence modérément (score = 3,72/5) la QVT des CGIPN. Les résultats de la présente étude correspondent en tout point au sixième facteur caratif (FC) sur l'utilisation systématique et créatrice de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de soins infirmiers et le septième FC sur l'importance de favoriser le développement intrapersonnel et interpersonnel basé sur l'apprentissage et l'enseignement transpersonnel élaborés par Watson (1988, 2008b, 2012). Par exemple, ces deux facteurs aident le CGIPN à s'appuyer sur les résultats probants de la recherche pour résoudre des situations complexes de gestion. Les résultats de notre étude corroborent les écrits de Beard et Wilson (2013) sur l'apprentissage expérientiel. En effet, ces auteurs soutiennent que de participer à des échanges réflexifs basés sur l'expérience vécue permet également d'améliorer la compétence des professionnels pour mieux résoudre des problèmes. Plus précisément, les résultats des travaux de Brown et al. (2013), d'O'Connor et Kotze (2008), d'Unterschuetz, Hughes, Nienhauser, Weberg et Jackson (2008) ainsi que de Terzioglu (2006) démontrent que la transformation du rôle du CGIPN doit s'appuyer sur l'innovation ainsi que le développement des connaissances et des compétences (infirmières, *caring*, cliniques et administratives) pour résoudre librement les situations complexes en gestion. Ces savoirs aident les CGIPN à mieux aborder les phénomènes complexes et à affronter les défis actuels du réseau de la santé. Il ne fait aucun doute qu'une organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins infirmiers s'avère primordiale pour optimiser et maintenir la QVT des CGIPN (Unterschuetz et al., 2008).

FF5. Accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers

Le cinquième et dernier facteur qui influence favorablement la QVT des CGIPN correspond, selon les résultats de la présente étude, à l'accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers. Manifestement, ce dernier facteur s'avère perçu qualitativement et quantitativement comme étant moyennement contributif pour les CGIPN ayant participé aux différentes phases de l'étude (score moyen = 3,52/5). Ce résultat obtenu pourrait s'expliquer par le fait que certains participants et répondants possédaient moins de cinq ans d'expérience en gestion et constituaient un échantillon de novices alors que pour les CGIPN qui détiennent plusieurs années d'expérience, cet élément semble modérément prioritaire selon les réponses obtenues aux entrevues et aux questionnaires. Cette forme d'accompagnement se manifeste principalement par la participation active à un programme de relève des cadres, à la présence de modèles de rôle et à la mise en place d'une journée d'accueil et d'orientation pour aider à maintenir les nouveaux CGIPN en fonction (Keys, 2014). À l'instar de ce qui a été soulevé dans d'autres travaux recensés sur le même sujet, les résultats (qualitatifs et quantitatifs) de la présente étude suggèrent que les organisations de santé doivent valoriser l'accompagnement qui répond aux besoins des CGIPN novices. Par exemple, les cadres supérieurs doivent évaluer le potentiel des candidats pour l'obtention d'un poste en gestion des soins infirmiers et mettre en place un plan d'accompagnement structuré pour mieux les soutenir dans leur cheminement professionnel (Crane, 2010; Karsten, Baggot, Brown, & Cahill, 2010; Marchand & Morais, 2009; Mayrand Leclerc, 2010). Les travaux de plusieurs auteurs (Jean, 2009; Mayrand Leclerc, 2006; Murray, 2009; Ponti, 2009; Shirey, McDaniel, Ebright, Fisher, & Doebbeling, 2010; Surakka, 2008; Villeneuve, 2005) reconnaissent que la préparation de la relève dans la fonction de CGIPN nécessite une action structurée par des activités d'orientation et des modèles de rôle pour assumer adéquatement les différentes facettes du rôle de gestionnaire de ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles. Par ailleurs, Crane (2010), Keys (2014) de même que Titzer, Shirey et Hauck (2014) soulignent que ces éléments (activités d'orientation, *coaching* et modèles de rôle) sont des conditions gagnantes dans la planification de la main d'œuvre des futures gestionnaires. Même si ce cinquième facteur favorable (accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques

des novices en gestion des soins) revêt une moins grande importance pour certains informateurs-clés (selon les entrevues semi-dirigées et le questionnaire auto-administré), il représente néanmoins un aspect novateur contribuant à la fois à préserver la QVT, à attirer et surtout à retenir la relève infirmière dans le domaine de la gestion (Batson & Yoder, 2012; Karsten et al., 2010).

Facteurs défavorables à la QVT

FD1. Déshumanisation organisationnelle

Le premier facteur défavorable qui est majeur pour les participants et répondants correspond à la déshumanisation organisationnelle. Ceux-ci jugent que les pratiques déshumanisantes contribuent négativement à leur QVT (score élevé = 3,91/5). Les CGIPN perçoivent que la déshumanisation peut grandement nuire au mieux-être et devenir dévastateur pour leur QVT. De plus, les pratiques déshumanisantes (e.g. relations conflictuelles et irrespectueuses, lourdeurs bureaucratiques, incivilités, violences verbales et physiques) en gestion peuvent avoir des conséquences néfastes sur la rétention de la relève en gestion des soins infirmiers. Les résultats de la présente étude rejoignent ceux des travaux d'Antrobus (1997) réalisés auprès des infirmières soignantes, d'Avoine (2013) auprès des patients en réadaptation ainsi que ceux de Cara (2008) et de Watson (2006, 2009), effectués auprès des infirmières en gestion. Ces auteures témoignent que ce type de pratique peut nuire au bien-être des infirmières, de la clientèle hospitalisée et des CGIPN à long terme. De plus, la déshumanisation peut mettre un frein à l'atteinte d'un idéal moral en administration des services infirmiers. Ainsi, les attitudes et comportements déshumanisants accentuent la précarité de la QVT des CGIPN, notamment lors de relations irrespectueuses et conflictuelles (Christoff, 2014). Corollairement, les administrateurs du réseau de la santé ne doivent en aucun cas occulter la déshumanisation, mais ils doivent plutôt la dénoncer. La culture du laxisme de la direction au regard des comportements de violence entre le personnel et les cadres ne fait qu'accentuer la récurrence de ces phénomènes insidieux dans les organisations en santé (Haslam & Loughnan, 2014). Les résultats de la présente étude suggèrent que le sentiment d'abandon ou d'isolement de la part des cadres de niveau supérieur de même que le manque d'attention et de communication, additionné à une bureaucratie sclérosante,

conduisent directement à un déclin considérable dans le développement professionnel des CGIPN (Haque & Waytz, 2012). En outre, ces éléments composés de comportements non *caring* (Halldorsdottir, 2008) affectent la santé et la qualité de vie des personnes en général. Pour leur part, Haque et Waytz (2012) suggèrent que la déshumanisation au sein des professionnels de la santé résulte d'une demande psychologique élevée qui peut engendrer à long terme de l'épuisement professionnel, de l'insatisfaction et une perte de la dignité humaine. Cependant, Vaes et Muratore (2013), dans leur étude quantitative sur la déshumanisation, rapportent que celle-ci peut également servir comme moyen de défense pour apprendre à mieux gérer les émotions à l'égard de la souffrance d'autrui. En effet, certains professionnels de la santé recourent à des comportements déshumanisants pour éviter de s'investir émotionnellement lors d'annonces difficiles (e.g. congédiement ou diagnostic de cancer). Ce résultat spécifique met en évidence le caractère novateur de la présente étude sur lequel les administrateurs ont le pouvoir d'agir pour prévenir et réduire au maximum l'apparition de la déshumanisation à travers l'organisation.

FD2. Conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers

Les résultats de la présente étude suggèrent que les conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers constituent le second facteur défavorable qui influence directement la QVT des CGIPN. Ceci se traduit par des barrières à l'exercice clinico-administratif des soins infirmiers, un déséquilibre travail-famille et vie sociale ainsi qu'un environnement de travail malsain et non sécuritaire. Les propos des participants au volet qualitatif et le score assez élevé de 3,78/5 des répondants dans le volet quantitatif mettent en évidence que les CGIPN perçoivent que leur QVT diminue lorsque les conditions de travail ne sont pas au rendez-vous. L'encadrement de plus en plus élevé du personnel soignant, la perte de temps passé à répondre aux multiples courriels et le fait d'assister à des «réunions puérides» nuisent à la QVT des CGIPN. Ce fait corrobore les résultats de l'étude quantitative corrélationnelle de Meyer, O'Brien-Pallas, Doran, Streiner, Ferguson-Paré et Duffield (2011) sur les effets du taux d'encadrement élevé des CGIPN de même que ceux de l'étude féministe sur la vie au travail de Paliadelis (2012). Ces auteures concluent que le niveau élevé d'encadrement des CGIPN et la présence accrue des difficultés liées à l'ambiguïté dans la

pratique administrative, créent un sentiment d'ambivalence dans les rôles et responsabilités et laissent peu de place à l'exercice d'un leadership transformationnel. En d'autres termes, ces agents stressés dénaturent la pratique en gestion des CGIPN et ont des conséquences néfastes sur leur QVT. La détérioration des conditions d'exercice peut avoir des effets nuisibles dans le processus de prise de décisions des CGIPN dans le cadre de leur fonction (Brown, 2010; Hewko et al., 2014; Shirey, Ebright, & McDaniel, 2013). Les résultats de la présente étude rejoignent également ceux de la revue systématique de Brown et al. (2013) sur les facteurs qui peuvent influencer l'attraction et la rétention des CGIPN en gestion des soins. Ces mêmes auteurs confirment que l'accentuation de l'encadrement du personnel soignant au fil des années, l'absence de moments pour établir des relations avec les employés, le déséquilibre travail-famille, le manque de temps pour réaliser son travail et le peu d'appui des cadres de niveau supérieur dans la gestion des conflits engendrent de la démotivation et de l'insatisfaction professionnelle.

FD3. Accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices

Les répondants perçoivent que ce facteur, qui correspond à l'accompagnement insuffisant des CGIPN novices, influence négativement leur QVT (score moyen = 3,52/5). Ce fait rejoint l'étude de Twedell (2014), qui affirme que le manque de *coaching* et de mentorat dans la transition du rôle d'infirmière soignante à gestionnaire infirmier peut générer de la frustration chez les novices en gestion des soins. D'ailleurs, l'étude quantitative de Simmons (2013) et l'analyse de concept sur la planification de la relève réalisée par Titzer, Phillips, Tooley, Hall et Shirey (2013) abondent dans le même sens et révèlent que le manque d'accompagnement auprès des CGIPN novices conduit à un sentiment de découragement et de dévalorisation, les conduisant à quitter rapidement la fonction de CGIPN. Enfin, les résultats de notre étude corroborent ceux de l'étude qualitative de Skytt et al. (2007) et de Keys (2014) sur la génération X, affirmant que le sentiment d'abandon vécu par les CGIPN novices nuit considérablement à leur épanouissement socioprofessionnel.

Contribution de la méthodologie mixte en sciences infirmières

Jusqu'à maintenant, très peu d'études ont examiné la QVT des CGIPN selon une vision humaniste en sciences infirmières. La présente étude mixte séquentielle exploratoire combine deux approches soit, la méthode phénoménologique IRC (Cara, 1997, 1999; O'Reilly & Cara, 2014) et l'enquête quantitative corrélationnelle (LoBiondo-Wood, Haber, Singh, 2013a). L'utilisation des deux méthodes a permis de faire ressortir des résultats qualitatifs riches de sens relativement à la signification de la QVT pour des CGIPN. En s'appuyant sur des résultats phénoménologiques, un nouvel instrument de mesure (questionnaire), comportant 59 questions, fut développé et validé. De multiples mesures ont été prises afin d'assurer la rigueur (Cara, 2004; O'Reilly & Cara, 2014; Whittemore, Chase & Mandle, 2001) de même que la qualité de l'étude (LoBiondo-Wood, Haber, & Singh, 2013b), et ce, tout au long des différentes phases de la méthodologie mixte préconisée. Les critères de rigueur seront présentés après avoir discuté des limites de l'étude.

Aspects éthiques pour la réalisation de la recherche

Le protocole de la recherche fut approuvé par les membres du jury du comité d'approbation scientifique de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le protocole a ensuite été entériné par le Comité d'éthique et de la recherche (CÉR) du Centre hospitalier universitaire affilié (CHA) qui a émis un certificat éthique pour la réalisation de l'étude. Les participants et répondants recrutés étaient libres de participer ou non et pouvaient se retirer de l'étude en tout temps. Des numéros et pseudonymes ont été attribués aux participants afin de respecter l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies. Toutes les données seront conservées pour une période de sept ans dans un coffret de sûreté avec un code de sécurité numérique, pour ensuite être détruites. Seul l'investigateur et les directeurs de recherche ont accès à toutes les données.

Limites de la recherche

La présente recherche comporte des limites qui n'ont pu être évitées. Le volet qualitatif phénoménologique comporte certaines limites quant aux milieux d'exercice et à l'échantillon de la recherche. La diversification des milieux et de l'échantillonnage aurait permis d'obtenir

de nouvelles informations quant au vécu expérientiel de la QVT. De plus, l'inégalité du nombre d'énoncés par facteurs favorables ou défavorables n'a pas non plus été prise en compte lors du développement de l'instrument de mesure (questionnaire) de la seconde phase, ce qui aurait pu permettre une analyse plus détaillée de chacun de ceux-ci. La consistance interne de l'instrument de mesure suggère une fidélité très satisfaisante avec un alpha de Cronbach global de 0,95. Néanmoins, certains énoncés se sont révélés plus faibles pour les deuxième (tableau 4) et troisième phases (tableau 5). Ces limites s'expliquent par le nombre restreint d'énoncés pour certains facteurs favorables et défavorables à la QVT sans pour autant affecter la validité de nos conclusions. La section suivante expose les stratégies prises pour assurer la rigueur et la qualité de la recherche mixte séquentielle exploratoire. À notre connaissance, il ne semble pas exister de critères spécifiques aux méthodologies mixtes en recherche (Creswell & Plano Clark, 2011). La section suivante présente en quelques lignes les stratégies qui visent à assurer la rigueur et la qualité des données (qualitatives et quantitatives).

Stratégies prises pour assurer les critères de rigueur et de qualité pour les deux volets de l'étude

Volet qualitatif

Prenant appui sur les critères de rigueur développés dans les travaux de Cara, 2002, O'reilly et Cara (2014) ainsi que Whittemore et al. (2001), l'**authenticité** des données fut rendue possible par le respect de la méthode de l'IRC à l'aide du *bracketing* et des multiples lectures et relectures des données. La **crédibilité** a été assurée durant les entrevues semidirigées avec les participants par l'atteinte de la redondance des données (Cara, 2002; O'reilly & Cara, 2014; Whittemore et al., 2001). Une validation par des experts a été effectuée pour s'assurer que les résultats obtenus décrivent réellement la signification du phénomène de la QVT. L'atteinte de la redondance des données, le fait d'avoir évité de formuler l'essence trop hâtivement ainsi que l'utilisation quotidienne d'un journal de bord, additionnés à la seconde entrevue téléphonique pour la validation, ont permis d'assurer l'**intégrité** des informations recueillies (Cara, 2002, 2004; O'Reilly & Cara, 2014; Whittemore et al., 2001). La **critique constante du chercheur** a été possible par le respect de la réduction phénoménologique durant tout le processus de la méthode IRC, l'utilisation des récits

synthèses de même que le journal de bord et la variation libre et imaginaire durant tout le processus d'analyse du volet qualitatif (Cara, 2002, 2004; O'Reilly & Cara, 2014; Whittemore et al., 2001). Enfin, la **transférabilité** des données est un processus qui a pour but de promouvoir celle-ci auprès des répondants (CGIPN) qui n'ont pas participé à l'étude, mais qui vivent des similarités relativement au phénomène de la QVT dans d'autres milieux de soins semblables (Lincoln & Guba, 1985).

Volet quantitatif

S'appuyant sur les critères de qualité de Tabachnik et Fidell (2013), l'**objectivité** a été respectée à l'aide du logiciel SPSS, version 22 pour Windows 7 (2013) durant le déroulement de la collecte des données et la démarche de traitement des données qui ont été réalisées de façon détaillée (analyses de variances, tests de t de Student, des comparaisons appariées, des tests post-hoc et de corrélation de Pearson) et les tests statistiques furent effectués au seuil de signification de 0,5 %. La **validité interne** a été possible par la réalisation d'analyses statistiques cohérentes et minutieuses ayant permis de répondre aux objectifs de la recherche. Les qualités psychométriques de l'instrument ont été assurées à l'aide de la validation avec les répondants de la phase 2 et l'alpha de Cronbach et en apportant des modifications en tenant compte des commentaires des répondants (Lobiondo et al., 2013b; Tabachnik et Fidell, 2013). La **fidélité** des données a été possible en décrivant les méthodes de collecte et de l'analyse des données. Dans la seconde phase, un prétest du questionnaire (validation du contenu théorique des énoncés et alpha de Cronbach) fut effectué et des modifications apportées au questionnaire. Finalement, des mesures ont été prises pour maximiser la participation et la représentativité des répondants à répondre au questionnaire en effectuant trois rappels dans la seconde phase et deux rappels dans la troisième phase (enquête quantitative). De plus, l'investigateur a décrit, en détail, la procédure de recherche pour les phases deux et trois afin d'assurer la **validité externe** des données quantitatives.

Conclusion

La conclusion principale qui se dégage de la présente recherche mixte est que l'amélioration de la QVT des CGIPN passe par la mise en place de stratégies qui s'inspirent

des eidos-thèmes et des thèmes du volet qualitatif de même que des facteurs favorables et défavorables du volet quantitatif. Tout en reconnaissant l'impact réel prépondérant des facteurs favorables et défavorables qui influencent la QVT des CGIPN, il reste maintenant à souhaiter que les administrateurs et décideurs développent une politique systémique de qualité de vie humaniste au travail dans le réseau de la santé. Ce faisant, les décideurs issus des instances organisationnelles et politiques catalyseront la mise en place de nouvelles stratégies tangibles et humaines pour attirer la relève infirmière dans des postes de gestion des services infirmiers en s'appuyant sur des assises humanistes et la prise en compte des valeurs importantes pour la nouvelle génération de CGIPN. Actuellement, le réseau de la santé vit une réforme structurelle majeure qui risque d'avoir des impacts sur la nature du travail des CGIPN (MSSS, 2015). Il apparaît donc urgent et primordial que les conclusions de cette étude soient diffusées et appliquées pour favoriser le succès de cette récente réforme.

Références

- Admi, H., & Moshe-Eilon, Y. (2010). Stress among charge nurses : Tool development and stress measurement. *Nursing Economics*, 28(3), 151-158. Repéré à : <http://fr.scribd.com/doc/41632345/Stress-Among-Charge-Nurses#scribd>
- American Nurse Association (2009). *Nursing administration : Scope & standards of practice*. Maryland : Nurses books.org
- Antrobus, S. (1997). An analysis of nursing in context : The effects of current health policy. *Journal for Advanced Nursing*, 25(3), 447-453. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025447.x
- Antrobus, S., & Kitson, A. (1999). Nursing leadership : Influencing and shaping health policy in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 746-753.
- Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux (2008). *Bilan du sondage sur la dotation des postes d'encadrement*. Montréal, QC.
- Avoine, M.-P. (2013). *La signification de pratiques déshumanisantes telles que vécues par des patients hospitalisés ou ayant été hospitalisés en centre de réadaptation*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Batson, V. D., & Yoder, L. H. (2012). Managerial coaching : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1658-1669. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05840.x
- Beard, C., & Wilson, J. P. (2013). *Experiential learning. A handbook for education, training and coaching*. (3^e éd.). London, ON: Kogan Page.
- Brooks, B. A. (2001). *Development of an instrument to measure quality of nursing worklife* (Thèse doctorale inédite). Université d'Illinois, Chicago, IL.
- Brown, P. (2010). *Nurse manager retention : What are the factors that influence their intention to stay?* (Thèse de doctorat inédite). Université d'Alberta, Edmonton, AB.
- Brown, P., Fraser, K., Wong, C. A., Muise, M., & Cummings, G. (2013). Factors influencing intentions to stay and retention of nurse managers : A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 21, 459-472.
- Cadmus, E., & Wisniweska, E. K. (2013). Measuring first-line nurse manager work : Instrument : development and testing. *Journal of Nursing Administration*, 43(12), 673-6799. doi: 10.1097/NNA.0000000000000010
- Cara, C. (1997). *Managers' subjugation and empowerment of caring practices : A relational caring inquiry with staff nurses* (Thèse de doctorat inédite). Université du Colorado, Health Science Center, CO.

- Cara, C. (2002). *Creating a caring environment in nursing research*. Présentation orale dans le cadre de la 24^e conférence de l'*International Association for Human Caring*, Boston, MA.
- Cara, C. (2004). La méthodologie phénoménologique : une approche qualitative à découvrir [Présentation sous forme de diapositives]. Dans F. Gratton & S. Cossette (Éds), *Recherche en sciences infirmières* (SOI-6103).
- Cara, C. (2008, Mai). *Une approche de caring pour préserver la dimension humaine en gestion*. Communication présentée dans le cadre du congrès de l'Association des gestionnaires en soins d'urgence, St-Sauveur, QC.
- Cara, C., & Brousseau, S. (2011). *Creating a humanistic caring culture to preserve quality of working life in nursing administration*. Communication présentée dans le cadre de la 32^e conférence annuelle de l'*International Association for Human Caring*, The intersection of caring and quality : Nursing practice, education, and research du UT Health Science Center, San Antonio, TX.
- Cara, C., & Brousseau, S. (2012). *Schématisation de la démarche de l'Investigation relationnelle caring (IRC)* (Illustration inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Cara, C., Nyberg, J., & Brousseau, S. (2011). Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's healthcare system. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), 6-14.
- Cara, C., Roy, M., Thibault, L., Alderson, M., Beauchamp, J., Casimir, M., Gagnon... Robinette, L. (2015). *Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM. Synopsis de modèle pour son opérationnalisation*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, QC.
- Carter, R. L., & Platt, L. (2013). Un environnement thérapeutique : une architecture et un design propices à la santé. Dans S. B. Frampton, P. A Charmel., & S. Guastello en collaboration avec le réseau Planetree Québec (Éds), *L'humain au cœur de l'expérience, recueil de pratiques de soins et de gestion en santé* (1^{ère} éd., p.133-151). Laval, QC : Guy St-Jean Éditeur.
- Castonguay, C. (2015). *La fin des vaches sacrées. Réflexion sur l'avenir du Québec*. Montréal, QC : Les éditions La Presse.
- Christoff, K. (2014). Dehumanization in organizational settings : Some scientific and ethical considerations. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(748), 1-5. doi: 10.3389/fnhum.2014.00748
- Crane, T. G., (2010). *The heart of coaching : Using transformational coaching to create a high-performance coaching culture* (3^e éd.). San Diego, CA : STA Press.

- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2^e éd). Thousand Oak, CA. (Ouvrage original publié en 2007).
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*, 297–334. doi:10.1007/BF02310555
- Cziraki, K. (2012). *Factors that attract and retain registered nurses in the first-line nurse manager role* (Thèse de doctorat inédite). Université McMaster, Hamilton, ON. Repéré à : http://digitalcommons.mcmaster.ca/opensdissertations?utm_source=digitalcommons.mcmaster.ca%2Fopensdissertations%2F7231&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Dehaghi, Z. H., Sheikhtahei, A., & Dehnavi, F. (2015). Nurse managers' work life quality and their participation in knowledge management : A correlational study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *17*(1), 1-6. doi: 10.5812/ircmj.18204
- Dellve, L., & Wikström, E. (2009). Managing complex workplace stress in health care organizations : Leaders' perceived legitimacy conflicts. *Journal of Nursing Management*, *17*(8), 931-941. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00996.x
- Delmas, P. (2001). *Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress perçu et les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2009). *Internet, mail, and mixed-mode surveys : The tailored design method*. Hoboken, NJ : Wiley & Sons.
- Dupuis, G., Martel, J. P., Voirol, C., & Bibeau, L. (2009). *La qualité de vie au travail. Bilan de connaissances*. L'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©). ISBN 978-2-922914-32-0
- Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse–patient relationship : Introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *The Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *22*(4), 643-652. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x
- Haque, O., & Waytz, S. A. (2012). Dehumanization in medicine : Causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*, *7*(2) 176-186. doi: 10.1177/1745691611429706
- Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and infrahumanization. *Annual Review of Psychology*, *65*(1), 399-423. Repéré à : <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-010213-115045>
- Hewko, S. J., Brown, P., Fraser, K. D., Wong, C. A., & Cummings, G. (2014). Factors influencing nurse managers' intent to stay or leave : A quantitative analysis. *Journal of Nursing Management*. doi: 10.1111/jonm.12252

- Husserl, E. (1970). *L'idée de la phénoménologie. Cinq Leçons*. Traduit de l'allemand par Alexandre Lewit (8^e éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Jean, F. (2009). L'amélioration des conditions d'exercice des gestionnaires : une voie de passage obligée pour assurer la pérennité du réseau public de santé et des services sociaux. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 5(2), 10-12.
- Karsten, M., Baggot, D., Brown, A., & Cahill, M. (2010). Professional coaching as an effective strategy to retaining frontline managers. *Journal of Nursing Administration*, 40(3), 140-144.
- Kelly, L. A., Wicker, T. L., & Gerking, R. D. (2014). The relationship of training and education to leadership practices in frontline nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 44(3), 158-163. doi: 10.1097/NNA.0000000000000044
- Keys, Y. (2014). Looking ahead to our next generation of nurse leaders : Generation X nurse manager. *Journal of Nursing Management*, 22, 97-105. doi: 10.1111/jonm. 12198
- Kingston, M. B., & Brooks Turkel, M. (2011). Caring science and complexity science guiding the practice of hospital and nursing administration practice. Dans A. W. Davidson, M. A. Ray & M. C. Turkel, *Nursing caring and complexity science : For human-environment well-being* (p. 169-185). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., Grau, A., Read, E., & Pineau Stam L. (2012). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 877–888. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01307.x
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., Macdonald-Rencz, S., Burkoski, V., Cummings, G., D'amour, D..., & Grau, A. (2013). Part 1 : The influence of personal and situational predictors on nurses 'aspirations to management to management roles : preliminary finds of national survey of Canadian nurses. *Journal of nursing management*, 21, 217-230. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01452.x
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers : A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16(7), 768-783.
- Lee, Y. W., Dai, Y. T., Park, C. G., & McCreary, L. L. (2013). Predicting quality of work life on nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2), 160-168. doi: 10.1111/jnu.12017
- Lee, Y. W., Dai, Y. T., Park, C. G., McCreary, L. L., Lee H., Spiers J. A., Yurtseven O..., & Germann, P. (2010). Impact of leadership development on emotional health in healthcare managers. *Journal of Nursing Management*, 18, 1027–1039.
- Leiter, M. P., & Laschinger H. K. S. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout : Testing a causal model. *Nursing Research*, 55(1), 137-46.

- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hill, CA : Sage.
- Lobiondo-Wood, G., Haber, J., & Singh, M. D. (2013a). Nonexperimental designs. Dans G. Lobiondo-Wood & J. Haber, *Nursing research in Canada* (2^e éd., Chap. 11, p. 234-252).
- Lobiondo-Wood, G., Haber, J., & Singh, M. D. (2013b). Rigour in research. Dans G. Lobiondo-Wood & J. Haber, *Nursing research in Canada* (2^e éd., Chap. 14, p. 306-330).
- Manojlovich, M., & Laschinger, H. K. S. (2007). The nursing worklife mode : Extending and refining a new theory. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 256-263.
- Marchand, M. E., & Morais, H. (2009). Le coaching : tout le monde en parle mais.... Qu'est-ce que c'est au juste ? *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 5(2), 22-24.
- Martel, J.-P., & Dupuis, G. (2006). Quality of work life : Theoretical and methodological problems and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, 77(2), 333-368.
- Mayrand Leclerc, M. (2006). *Descriptions et stratégies optimisant l'environnement psychosocial du travail des chefs d'unité(s) de soins infirmiers de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC.
- Mayrand Leclerc, M. (2010). *Answering new managers' challenges : The coach manager as supportive and structural innovation-practical application*. Communication orale présentée au séminaire *Nursing Workforce Determinants (NUR2-720)* à l'école de nursing de l'Université Mc Gill, Montréal, QC.
- McDowell, J. B., Williams, R. L., & Kautz, D. D. (2013). Teaching the core values of caring leadership. *International Journal for Human Caring*, 17(4), 43-51.
- McPeake, J., Bateson, M., & O'Neill, A. (2014). Electronic surveys : How to maximise success. *Nurse Researcher*, 21(3)24-26. doi: 10.7748/nr2014.01.21.3.24.e1205
- Meyer R. M., O'Brien-Pallas L., Doran D., Streiner D., Ferguson-Paré M., & Duffield C. (2011). Front-line managers as boundary spanners : Effects of span and time on nurse supervision satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 19, 611-622.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Projet de loi no 10, chapitre 1). Repéré à : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>

- Murray, K. (2009). Optimizing span of control; Implementing adjunct care programs. *Nursing Management July*, 40(7), 56.
- Norman, G. R., & Streiner, D. L. (2008). *Biostatistics : The bare essentials*. (3^e éd). Shelton, CT : PMPH.
- Nyberg, J. (1989). The element of caring in nursing administration. *Nursing Administration Quarterly*, 13(3), 9-16.
- Nyberg, J. (1998). *A caring approach in nursing administration*. Denver, CO : University Press of Colorado.
- O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues : A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2), 12-16.
- O'Connor, N., & Kotze, B. (2008). Learning organizations' : A clinician primer. *Australian Psychiatric*, 16(3), 173-178. doi: 10.1080/10398560801888639
- Olender, L. D. (2013). *Nurse manager caring and workplace bullying in nursing : The relationship between staff nurses' perceptions of nurse manager caring behaviors and their perception of exposure to workplace bullying within multiple healthcare settings*. (Thèse doctorale inédite). Repéré à : <http://scholarship.shu.edu/dissertations/1906/>
- O'Neil, E., Morjikian, R. L., Cherner, D., Hirschorn, C., & West, T. (2008). Developing nursing Leaders : An overview of trends and programs. *Journal of Nursing Administration*, 38(4), 178-183. doi: 10.1097/01.NNA.0000312754.61170.fa
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). *Données statistiques sur les cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau* (Document inédit). Montréal, QC : OIIQ.
- O'Reilly, L., & Cara, C. (2014). La phénoménologie de Husserl. Application de la méthode d'Investigation relationnelle *caring* pour mieux comprendre l'expérience infirmière « d'être avec » la personne soignée en réadaptation. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 29-48). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Paliadelis, P. S. (2006). *The working world of nursing unit managers* (Thèse de doctorat inédite). University of New England, Australia.
- Paliadelis, P. S. (2008). The working world of nursing unit managers : Responsibility without power. *Australian Health Review*, 32(2), 256-264.
- Paliadelis, P. S. (2012). Nurse managers don't get the corner office. *Journal of Nursing Management*, 1, 1-10. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01405.x

- Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*, 21(2), 381-391. Repéré le 16 juillet 2014 : <http://www.jstor.org/stable/2489828>
- Ponti, M. A. (2009). Transition from leadership development to succession management. *Nursing Administration Quarterly*, 33(2), 125-141.
- Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2010). Marilyn Anne Ray's theory of bureaucratic caring. Dans M. E. Parker & M. C. Smith (Éds), *Nursing theories & nursing practice* (3^e éd., p. 472-494). Philadelphia, PA :F.A. Davis Company.
- Sale, J. E., & Smoke, M. (2007). Measuring quality of work-life : A participatory approach in a Canadian cancer center. *Journal of Cancer Education*, 22(1), 62-66.
- Shirey, M. R., Ebright, P. R., & McDaniel, A. (2013). Nurse manager cognitive decision-making amidst stress and work complexity. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 17-30.
- Shirey, M. R., McDaniel, A., Ebright, P., Fisher, M. L., & Doebbeling, B. (2010). Understanding nurse manager stress and work complexity : Factors that make a difference. *Journal of Nursing Administration*, 40(2), 82-91.
- Simmons, A.-M. (2013). *The Relationship of work stressors and perceived organizational support on front line nurse manager work engagement* (Thèse de doctorat inédite). Repéré à : http://works.gc.cuny.edu/etd_1965-2013/277/
- Skagert, K., Dellve, L., & Ahlborg, G. JR. (2011). A prospective study of managers' turnover and health in healthcare organization. *Journal of Nursing Management* 20, 889-899. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01347.x
- Skytt, B., Ljunggren, B., Sjöden, P.-O., & Carlsson, M. (2007). The roles of the first-line nurse manager : Perceptions from four perspectives. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 1012-1020. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00684.x
- Sørensen, E. E., Delmar, C., & Perdesen, B. D. (2011). Leading nurses in dire straits : Head nurses' navigation between nursing and leadership roles. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 421-30. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01212.x
- Surakka, T. (2008). The nurse manager's work in the hospital environment during the 1990s and 2000s : Responsibility, accountability and expertise in nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 16(1), 525-534.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6^e éd). Boston, MA : Pearson.
- Table sectorielle nationale des RUIS en soins infirmiers (2010). *Deuxième avis sur le leadership infirmier en gestion dans le réseau de la santé*. Montréal, QC.

- Terzioglu, F. (2006). The perceived problem-solving ability of nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 340-347. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00551.x
- Titzer, J., Phillips, T., Tooley, S., Hall, N., & Shirey, M. R. (2013). Nurse manager succession planning : Synthesis of evidence. *Journal of Nursing Management*, 21, 971-979. doi: 10.1111/jonm.12179
- Titzer, J. L., Shirey, M. R., & Hauck, S. (2014). A nurse manager succession planning model with associated empirical outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 44(1), 37-46. doi: 10.1097/NNA.0000000000000019
- Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led healthcare : Revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(1), 53-63.
- Twedell, D. M. (2014). The role transition. Dans P. S. Yoder-Wise (Éds), *Leading and managing in nursing* (5^e éd., p. 537-550). Missouri, USA : Elsevier Mosby.
- Udod, S. A., & Care, W. D. (2012). Walking a tight rope : An investigation of nurse managers work stressors and coping experiences. *Journal of Research in Nursing*, 18(1), 67-79. doi: 10.1177/1744987111434189
- Unterschuetz C., Hughes P., Nienhauser D., Weberg D., & Jackson L. (2008). Caring for innovation and caring for the innovator. *Nursing Administration Quarterly*, 32(2), 133-141.
- Vaes, J., & Muratore, M. (2013). Defensive dehumanization in the medical practice : A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *The British Journal of Social Psychology*, 52(1), 180-190. doi: 10.1111/bjso.12008
- Villeneuve, F. (2005). *L'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmières-chefs : six études de cas dans trois hôpitaux du Québec*. (Thèse de doctorat inédite), Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), 48-55.
- Watson, J. (2008). *Nursing. The philosophy and science of caring. (éd. rév.) Edition*. Boulder, CO : University Press of Colorado.
- Watson, J. (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (2^e éd. révisée). New York, NY : Springer.
- Watson, J. (2012). *Human Caring science. A theory of nursing*. (2^e éd.). Boulder, CO : Jones & Barlett Learning.

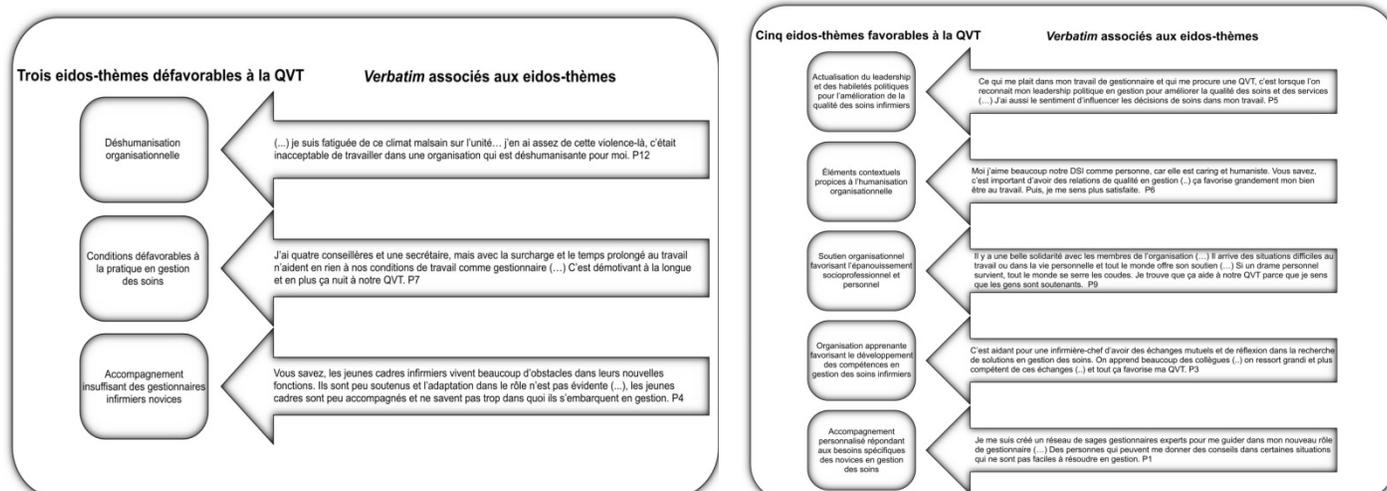
Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research, 11*(4), 522-537.

Annexes

Annexe A) Grille d’entrevue semi-dirigée (phase 1 – volet qualitatif)

1. Dites-moi, que signifie pour vous, en tant que CGIPN, d'avoir une expérience de qualité de vie au travail ?
2. Racontez-moi un évènement vécu, dans le cadre de votre emploi, en tant que CGIPN, où vous avez ressenti avoir une QVT?
3. Quels sentiments ressentez-vous en lien avec votre QVT?
4. Selon vous, quels sont les éléments qui favorisent l’expérience de QVT ?
5. Selon vous, quels sont les éléments qui nuisent à l’expérience de QVT ?
6. Qu’est-ce qui, selon vous, pourrait améliorer la QVT des CGI-PN?
7. Souhaitez-vous ajouter autre chose à propos de la QVT ?

Annexe B) Résultats qualitatifs appuyés par quelques *verbatim* associés avec les eidos-thèmes (favorables et défavorables à la QVT)



Annexe C) Questionnaire auto-administré utilisé aux phases 2 et 3 (volet quantitatif)

Partie 1. Questions sur les caractéristiques sociodémographiques

Genre;	Formation en cours;
Âge;	Années d'expérience en gestion des soins infirmiers;
État civil;	Lieu principal de pratique;
Nombre d'enfants;	Nombre d'unités et d'employés;
Titre d'emploi;	Type de structure organisationnelle.
Formation complétée;	

Partie 2. Questionnaire sur les facteurs influençant la QVT des CGIPN en établissements de santé (48 énoncés)

Échelle de réponse	1	2	3	4	5
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Totalement
E1. Le sentiment de gérer efficacement le service pour assurer la qualité et la sécurité des soins.					
E2. La participation aux orientations stratégiques concernant l'organisation des soins infirmiers.					
E3. L'obstruction de la bureaucratie dans la réalisation de projets cliniques en soins infirmiers.					
E4. L'ambiguïté dans les rôles et responsabilités.					
E5. Le pouvoir d'influence sur les décisions administratives en soins infirmiers.					
E6. L'absence d'experts pour soutenir les novices en gestion des soins infirmiers.					
E7. Le renforcement positif du supérieur immédiat.					
E8. Un climat de travail malsain au sein de l'équipe de gestion des soins infirmiers.					
E9. Les soutiens administratif et clérical disponibles pour soutenir la gestion des soins infirmiers.					
E10. La pression constante des décideurs politiques (hors établissement) sur l'organisation.					
E11. L'humour au travail.					
E12. L'absence de personnes-ressources non-infirmières pour soutenir les novices en gestion des soins infirmiers.					
E13. Un programme de relève des cadres offert aux novices en gestion des soins infirmiers.					
E14. Le moins de réunions possible dans une semaine régulière de travail.					
E15. Une rémunération salariale à la hauteur de la fonction.					
E16. La vétusté des lieux physiques.					
E17. La présence du supérieur immédiat lors de situations difficiles vécues en gestion des soins infirmiers.					
E18. L'inexistence d'un programme d'orientation pour les novices en gestion des soins infirmiers.					
E19. Un espace de bureau privé.					
E20. Une gestion humaniste par les cadres supérieurs.					
E21. Les mésententes avec les cadres supérieurs en regard des décisions administratives en gestion des soins infirmiers.					
E22. L'accès à de la formation continue en gestion des soins infirmiers.					
E23. Des rôles et responsabilités clairement définis.					
E24. Le soutien de conseillères cliniques en soins infirmiers.					
E25. La présence de conflits ou de violence dans les relations de travail.					
E26. Un horaire de travail flexible facilitant l'équilibre travail-famille-études et la vie sociale.					
E27. Le laxisme du cadre supérieur dans la résolution de problèmes.					
E28. La présence de modèles de rôles pour les novices en gestion des soins infirmiers.					
E29. Le sentiment d'accomplissement au travail.					
E30. Un manque de temps pour les loisirs et la vie familiale.					
E31. L'apprentissage par des échanges réflexifs en groupe visant la résolution de problèmes en gestion des soins infirmiers.					
E32. Le surinvestissement au travail jusqu'à épuisement.					
E33. L'expertise et le leadership en gestion des soins infirmiers reconnus par l'organisation.					
E34. La mise en place d'une journée d'accueil pour les novices en gestion des soins infirmiers.					
E35. L'ambiguïté dans la communication des messages venant des cadres supérieurs.					
E36. Le <i>coaching</i> ou le mentorat lors de la transition du rôle d'infirmière soignante à gestionnaire.					
E37. La gestion du temps supplémentaire obligatoire des infirmières.					
E38. La satisfaction de la clientèle à l'égard des soins infirmiers prodigués dans votre service.					
E39. L'absence de soutien de la part des cadres supérieurs.					
E40. La présence de valeurs humanistes à travers toute l'organisation.					
E41. Un bureau de travail partagé avec le personnel du service.					
E42. La valorisation du développement de l'expertise en gestion des soins infirmiers par les cadres supérieurs.					
E43. L'encadrement d'un grand nombre d'employés.					
E44. La possibilité de baser sa pratique de gestion en soins infirmiers sur des résultats probants et des pratiques exemplaires.					
E45. Des attitudes irrespectueuses de la part des cadres supérieurs à mon égard.					
E46. Un environnement physique de travail sain et sécuritaire.					
E47. L'impossibilité pour les novices en gestion des soins infirmiers d'innover.					
E48. L'appréciation exprimée par le supérieur à l'égard de la qualité du travail accompli.					

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Ce chapitre vise à mettre en perspective et à discuter systématiquement des principaux résultats qualitatifs et quantitatifs qui émanent de la méthodologie mixte séquentielle exploratoire utilisée ayant permis de répondre aux cinq objectifs de la recherche :

- décrire et comprendre la signification de la QVT auprès des CGIPN œuvrant en Centre hospitalier affilié (CHA);
- décrire et comprendre la signification de l'absence de la QVT auprès des CGIPN œuvrant en CHA;
- développer et valider un instrument de mesure à partir des données qualitatives, du cadre conceptuel et de la philosophie humaniste spécifiques aux CGIPN du Québec;
- identifier et mesurer les facteurs favorables et défavorables étant le plus susceptibles d'influer sur la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements de santé du Québec;
- déterminer s'il existe des relations entre les caractéristiques sociodémographiques des répondants et le choix des facteurs favorables et défavorables susceptibles d'influencer la QVT des CGIPN travaillant dans les divers établissements publics de la santé.

La première section propose un bref rappel des principaux résultats obtenus pour les trois phases de la recherche, suivie d'une discussion intégrée de l'ensemble des résultats et des conséquences positives mais également négatives des différents facteurs liées à la QVT des CGIPN.

5.1 Bref rappel des principaux résultats qualitatifs et quantitatifs des trois phases de la recherche

Les résultats qualitatifs issus de l'analyse phénoménologique réalisée auprès des 14 participants ont permis de dégager cinq eidos-thèmes favorables à la QVT des CGIPN soit : a) l'actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins infirmiers, b) les éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle, c) le soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel, d) l'organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins infirmiers et e) l'accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers. De ces cinq eidos-thèmes favorables a émergé l'essence de la signification expérientielle de la QVT pour les CGIPN en CHA : **l'émancipation socioprofessionnelle du cadre gestionnaire infirmier de premier niveau dans sa pratique clinico-administrative au sein d'une organisation humaniste.**

Dans un deuxième temps, l'analyse phénoménologique des données qualitatives a également permis de dégager trois eidos-thèmes défavorables à la QVT correspondant à : a) la déshumanisation organisationnelle, b) les conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers et c) l'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices. Sur la base de ces trois eidos-thèmes défavorables, l'essence de la signification expérientielle de l'absence d'une QVT pour les CGIPN en CHA a été formulée comme suit : **la dysharmonie au travail du cadre gestionnaire infirmier de premier niveau à l'intérieur d'une structure organisationnelle déshumanisante mettant en péril sa pratique clinico-administrative.**

Bien que discutées séparément à l'intérieur du deuxième article proposé dans cette thèse, une mise en relation de ces deux essences devient nécessaire pour obtenir une perspective globale de la signification de l'expérience de la QVT et de l'absence de celle-ci pour des CGIPN œuvrant en CHA. Ainsi, en intégrant les aspects favorables et défavorables de la QVT, on propose l'essence globale suivante : **une dialectique en administration des services infirmiers dans laquelle se vit des pratiques humanisantes permettant l'atteinte d'un**

idéal de QVT, en coexistence avec des pratiques déshumanisantes conduisant à l'absence de QVT. En effet, bien que ces professionnels souhaitent atteindre un idéal de QVT, il s'avère utopique de croire que les CGIPN œuvrent constamment dans une organisation exempte de comportements ou d'éléments perturbateurs. En accord avec Pot et Koningsveld (2009), la QVT comporte deux pôles, positif et négatif, qui ne peuvent être ignorés. Il convient de demeurer attentif aux conséquences néfastes des pratiques déshumanisantes en gestion que pourrait avoir un idéal de QVT irréaliste, faute de contexte de travail favorable. Il ne fait aucun doute que les pratiques déshumanisantes, qui potentiellement s'avèrent néfastes pour la QVT, coexistent temporellement avec les pratiques humanisantes permettant d'atteindre une QVT optimale pour les CGIPN œuvrant dans le domaine de l'administration des services infirmiers.

Contrairement aux résultats de notre étude, Avoine (2013) soutient, dans son étude qualitative auprès de la clientèle en réadaptation, que les pratiques déshumanisantes (non *caring*) ou le fait de « ne pas être avec » la personne et les pratiques humanisantes (*caring*) ou le fait d'« être avec » la personne se situent dans un contexte de continuum de soins. Dans ses écrits, Haslam (2006) confirme que la déshumanisation et l'humanisation demeurent en opposition, l'un étant le reflet de l'autre. Ainsi, dans ce contexte, l'infirmière perd ses repères professionnels et n'apparaît plus être en mesure d'atteindre un idéal de pratique en soins infirmiers (Avoine, 2013).

Selon les participants de notre étude, la nouvelle réalité contemporaine de la QVT semble ne pas se vivre dans un processus de continuum mais s'inscrit plutôt selon une perspective dialectique. En effet, les pratiques humanisantes et déshumanisantes en administration des services infirmiers contribuent positivement ou négativement à la QVT des CGIPN. Plus précisément, l'expérience de la QVT du CGIPN transcende la relation entre la thèse (pratiques humanisantes) et l'antithèse (pratiques déshumanisantes). Ainsi, cette dialectique représente un regard contemporain dans lequel se vit chacune des sphères de pratiques humanisantes et déshumanisantes qui transforment de façon synergique la QVT des CGIPN.

Cette mise en relation des deux essences apporte une contribution essentielle en recherche infirmière quant à la compréhension du phénomène de la signification expérientielle de la QVT et l'absence de celle-ci pour les CGIPN œuvrant dans les organisations de santé. En effet, cette essence globale propose que l'expérience subjective comporte des aspects favorables pour atteindre un idéal de QVT et, à la fois, défavorables nuisant à la QVT. Autrement dit, ces expériences n'existent pas isolément mais forment un tout indissociable du vécu expérientiel du phénomène étudié. La Figure 5, ci-après, illustre la coexistence temporelle de ces deux sphères de pratiques (humanisantes et déshumanisantes) qui reflètent et transforment, de manière inédite, la perspective de la QVT de ces professionnels en gestion des soins.

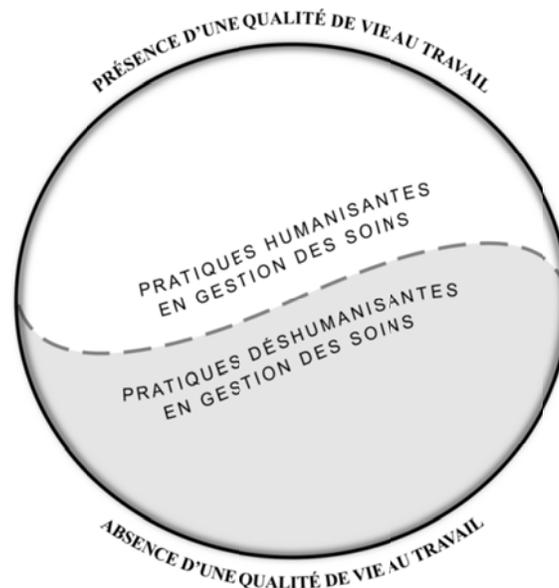


Figure 5 Coexistence temporelle entre les sphères de pratiques humanisantes et déshumanisantes en administration des services infirmiers.

D'autre part, le fait de favoriser la prise de conscience de soi et des autres, qui correspond au troisième facteur caratif de Watson (2008b), facilite la perception de cette dialectique vécue dans les organisations de santé et privilégie considérablement la QVT des CGIPN. En d'autres mots, en étant conscient de cette dialectique dans l'environnement, le CGIPN va tenter de promouvoir un climat de travail empreint de compréhension, tout en étant

sensible au contexte et aux sentiments négatifs et positifs des personnes. D'ailleurs, Watson (2008a) affirme que plus la personne atteint un haut niveau de prise de conscience de son environnement, plus elle va concourir à une meilleure qualité de vie et contribuer à son émancipation professionnelle et, ainsi, au développement de ses pratiques humanistes en gestion. En d'autres termes, en prenant conscience de la situation qui prévaut dans l'organisation, le CGIPN pourra prendre alors les moyens nécessaires pour détourner les attitudes et comportements insidieux de même que les pratiques déshumanisantes qui engendrent l'absence de QVT.

Dans le cadre de la seconde phase de cette étude, les résultats qualitatifs ont servi au construit théorique (énoncés) d'un nouvel instrument de mesure et, par la suite, à quantifier l'importance de chacun des facteurs favorables et défavorables à la QVT des CGIPN. Ainsi, et afin de respecter les postulats terminologiques issus du courant postpositiviste des méthodes quantitatives, les eidos-thèmes qui ont émergé de la première phase qualitative furent transformés en facteurs favorables (FF) et défavorables (FD) à la QVT (cinq FF et trois DF). L'analyse psychométrique suggère une consistance interne jugée excellente (Peterson, 1994) avec un score global du coefficient alpha de Cronbach (α) de 0,93 (N= 20). À ce sujet, les 20 CGIPN qui ont participé à la validation du questionnaire oeuvrent en CSSS et CHU de la grande région de Montréal.

Dans le cadre de la troisième phase, les analyses statistiques des données inférentielles, issues de l'enquête quantitative provinciale en ligne (Web), mettent en évidence des résultats probants associés aux facteurs favorables et défavorables susceptibles d'influencer la QVT des CGIPN. En effet, les résultats quantitatifs montrent également une excellente consistance interne avec un score global du coefficient alpha de Cronbach à 0,95 (N= 291), donc très similaire à celui obtenu lors de la seconde phase (Norman & Streiner, 2008).

Les résultats quantitatifs du questionnaire en ligne révèlent que les cinq facteurs favorables à la QVT obtiennent des scores moyens allant de 3,53 à 3,99 sur une échelle de cinq, alors que les trois facteurs défavorables à la QVT montrent des scores moyens allant de

3,56 à 3,91. Mentionnons que ces résultats ne suggèrent que peu de relations significatives (positives ou négatives) entre les caractéristiques sociopersonnelles des répondants et le choix des facteurs favorables et défavorables. Cependant, l'analyse de corrélation de Pearson a permis de déterminer qu'il existe une corrélation négative entre l'âge et l'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices ($r = -0,162$; $p = 0,007$). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les CGIPN possédant plusieurs années d'expérience en gestion n'éprouvent pas le besoin d'être accompagnés, contrairement aux débutants dans la fonction. De plus, en ce qui a trait à la variable des années d'expérience, celle-ci s'avère également négativement corrélée avec les deux facteurs favorables suivants : les éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle ($r = -0,124$; $p = 0,039$), l'accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers ($r = -0,161$; $p = 0,007$) ainsi qu'avec le facteur défavorable : l'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices ($r = -0,118$; $p = 0,048$). Ce résultat pourrait potentiellement s'expliquer par le fait que les CGIPN qui possèdent plusieurs années d'expérience en gestion et qui sont âgés de plus de 50 ans accordent modestement une importance à l'humanisation. Toutefois, on se serait attendu à ce que ces facteurs préalablement mentionnés influencent grandement la QVT des CGIPN seniors. Toutefois, l'état civil et le niveau de formation ne sont pas liés au choix des facteurs favorables et défavorables à la QVT. Finalement, la matrice de corrélation bilatérale entre les scores des divers facteurs favorables et défavorables indique une cohérence significative entre ceux-ci ($p < 0,001$). En d'autres mots, les huit facteurs sont moyennement (0,30 à 0,70) à fortement ($> 0,70$) corrélés, ce qui a permis de les situer les uns par rapport aux autres. À la lumière du résultat de la matrice de corrélation, il appert que le facteur du « Soutien organisationnel favorisant l'épanouissement professionnel et personnel » s'avère plutôt fortement corrélé à celui de l' « Actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins infirmiers » ($r = 0,745$; $p < 0,001$). Ce même second facteur favorable serait également fortement corrélé à celui des « Éléments propices à l'humanisation organisationnelle » ($r = 0,799$; $p < 0,001$), ce qui explique que tous ces facteurs favorables ont le potentiel d'influer fortement sur la QVT des CGIPN. Inversement, la matrice de corrélation indique que le facteur défavorable « Accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices » s'avère moins corrélé à celui de l'« Actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des

soins infirmiers » ($r= 0,385$; $p< 0,001$). Il appert aussi que le facteur « les Conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers » soit corrélé avec celui de l'« Accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers » ($r= 0,423$; $p< 0,001$), ce qui pourrait expliquer que ces deux facteurs influencent modestement la QVT des CGIPN.

Pour approfondir davantage l'analyse statistique, le regroupement des résultats obtenus des scores : 1 (pas du tout) et 2 (un peu) de même que 4 (beaucoup) et 5 (totalement) fut nécessaire. En effet, le regroupement des scores a permis d'identifier quantitativement les facteurs favorables et défavorables susceptibles d'influer sur la QVT (Annexe M) selon la nature des réponses, exprimées en pourcentage, de la part des 291 répondants de l'enquête en ligne. L'analyse des résultats des données quantitatives indique que les facteurs favorables et défavorables apparaissent être des éléments qui influencent de manière significative la QVT des CGIPN travaillant dans les établissements publics de santé. Considérés dans le contexte actuel de transformations structuro-organisationnelles du réseau et où les pratiques de gestion en soins infirmiers sont soumises à des compressions importantes chez les cadres de la santé, les résultats obtenus par cette étude montrent qu'il demeure primordial de préserver leur QVT sous l'angle de l'humanisation organisationnelle tout comme le mentionne Cara (2008a) et Cara et al. (2011), et ce, même si cela va, à priori, à l'encontre de certaines réformes du système de santé. Afin de respecter les postulats associés au devis mixte séquentiel exploratoire, la section suivante présente la discussion des résultats qualitatifs et quantitatifs intégrés en lien avec les écrits scientifiques recensés, le cadre de référence de la QVT d'O'Brien-Pallas et Baumann (1992) ainsi que la perspective disciplinaire de Watson (2008b, 2012) préconisée comme toile de fond à l'étude.

5.2 Discussion intégrant les résultats qualitatifs et quantitatifs

5.2.1 L'actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins

L'actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins correspond à un besoin ultime de réalisation des CGIPN, lequel contribue à

promouvoir leur émancipation socioprofessionnelle et leur QVT. Cet aspect a d'abord émergé de la phase qualitative puis a été corroboré par les réponses obtenues dans le cadre de l'enquête quantitative ($\bar{x}= 3,99$).

Ces résultats qualitatifs et quantitatifs révèlent que l'actualisation du leadership et les habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins s'avèrent tributaires de la capacité d'influencer les orientations stratégiques, la reconnaissance du leadership clinico-administratif de même que la recherche de la performance et de la prestation sécuritaire des services. En accord avec les travaux de Galuska (2014) sur le leadership et les résultats des études qualitatives de Kelly, Wicker et Gerking (2014) ainsi que de la théorie sociale critique de Paliadelis (2006) sur la vie au travail des gestionnaires infirmiers, les CGIPN jugent primordial que soient reconnues leur expertise et leur qualité de leadership en gestion (78 %) au sein des équipes de leur unité de soins de même qu'auprès des collègues et des administrateurs. De plus, les travaux de Laschinger et al., (2013), sur les facteurs prédictifs pour aspirer à une fonction de gestion, confirment que les infirmières qui ont plus confiance en leur capacité de leadership ont une plus forte tendance à devenir CGIPN.

Ainsi, en accord avec Boykin et al. (2014) de même qu'avec Sorensen Marshall (2011) traitant du leadership transformationnel, il appert que la reconnaissance du leadership et la participation active des CGIPN aux décisions politiques de santé ont des impacts positifs sur la qualité et la sécurité des soins, le milieu de travail ainsi que la transformation de la pratique professionnelle des infirmières et du personnel soignant sur le terrain.

De la même façon, nos résultats corroborent ceux d'Oliver et al. (2014) de même que Laschinger, Wong, Grau, Read et Pineau Stam (2011) quant au fait que la haute direction et les cadres infirmiers intermédiaires doivent créer des conditions favorisant l'émancipation des gestionnaires en soins infirmiers de manière à favoriser le développement du leadership des CGIPN. Dans leur analyse secondaire utilisant un volet quantitatif prédictif sur la pratique du leadership des CGIPN, Shirey (2009a, 2009b) de même que Laschinger, Finegan et Wilk (2011) argumentent que les cadres des niveaux intermédiaire et supérieur doivent démontrer

un leadership authentique et transformationnel, basé sur la décentralisation du pouvoir décisionnel, le partenariat, la confiance et le respect, afin de promouvoir les changements organisationnels, la productivité ainsi que la performance au travail. De cette façon, les cadres intermédiaires et supérieurs permettent aux CGIPN de pratiquer leur leadership et d'exercer ouvertement leur pouvoir formel ou informel dans la prise de décisions au regard des activités de réorganisation des soins sur leur unité, et ce, en toute liberté (Disch, Keller, & Weber, 2015). À ce sujet, Tonges, Baloga-Altieri et Atzori (2004), dans leur étude de cas réalisée auprès d'un comité démocratique intradisciplinaire, concluent que ce type de comité favorise la prise de décisions conjointe sur l'allocation des ressources. Il promeut la solidarité infirmière, soit une voix politique puissante pour la défense des patients, ce qui comporte un atout primordial pour augmenter l'influence du CGIPN auprès des équipes de soins. Ainsi, le pouvoir décisionnel peut donc aider les CGIPN à influencer l'environnement de travail, les ressources, les rôles, la communication, de même que les buts et objectifs organisationnels (Montalvo, 2015; Paliadelis, 2006).

Les résultats qualitatifs et quantitatifs de notre recherche se révèlent, en quelque sorte, comparables à ceux de l'étude qualitative descriptive exploratoire auprès de six CGIPN dans l'Ouest canadien réalisée par Anonson et al. (2014). Ces auteures concluent que les qualités exemplaires du leadership d'un CGIPN se traduisent par l'engagement, les habiletés relationnelles avec les équipes de soins et la loyauté auprès de l'organisation. De plus, Anonson et al. (2014) ajoutent que les CGIPN doivent posséder le leadership nécessaire pour être capables de gérer les crises au sein de leur unité de soins. Ainsi, les CGIPN percevront que la haute direction reconnaît sans équivoque leur expertise en matière de leadership et qu'ils constituent un groupe significatif à l'intérieur du réseau de la santé. Anonson et al. (2014) ajoutent que les CGIPN croient qu'il est essentiel que leurs opinions et connaissances des soins infirmiers méritent d'être considérées pour mieux faire face aux enjeux et aux défis entourant la transformation complexe du système de santé; ce constat s'est également dégagé des résultats (qualitatifs et quantitatifs) de notre étude mais dans une optique d'amélioration de la QVT.

Dans le même ordre d'idées, les écrits scientifiques de Kingston et Brooks Turkel (2011), les travaux de Boykin et al. (2014), de Watson (1988, 2005, 2008a, 2008b, 2012) de même que ceux du modèle du leadership *caring* de Williams, McDowell et Kautz (2011) énoncent un postulat à l'intérieur duquel ce type de leadership humaniste favorise le développement du potentiel de la personne tout en lui laissant la liberté de choisir l'action qu'elle juge novatrice et la meilleure pour apporter les changements organisationnels. Ce postulat rejoint l'une des compétences du leadership requises chez les CGIPN telle que précisée dans l'étude quantitative de Abderlazeq et al. (2010) sur les habiletés du leadership des infirmières en gestion. Ces mêmes auteurs reconnaissent l'importance de mettre en place des moyens concrets et réalistes pour développer des aptitudes et des compétences de leadership rassembleur, humaniste et mobilisateur au sein de l'équipe clinique et de gestion.

Pour leur part, Rosengre et Bondas (2010), dans leur étude de cas sur le leadership partagé réalisée en Suède auprès des gestionnaires infirmiers, affirment qu'en utilisant un modèle de leadership basé sur la responsabilité partagée, empreint d'ouverture et de soutien, la haute direction favorisera *l'empowerment* et la satisfaction de ces professionnels. C'est ainsi que le CGIPN deviendra un acteur loyal et engagé au sein de son équipe pour la réalisation concrète de la vision de l'organisation et qu'il pourra ainsi initier les changements nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins (Hatmaker & Tomajan, 2015). Il pourra, de ce fait, mettre en place des modes interactifs de gestion favorisant l'engagement et le dialogue entre les acteurs (Cara, 2008a; Graber & Osborne-Kilpatrick, 2009; Nyberg, 1998; Todres, Galvin, & Holloway, 2009). Ces modes de gestion deviennent possibles dans la mesure où les CGIPN peuvent établir une relation de confiance mutuelle de *caring* basée sur l'altruisme avec les membres de la haute direction pour qu'en retour, on leur donne la latitude pour la créativité, l'innovation et la pluralité des idées lors de transformations organisationnelles visant la sécurité des soins à la clientèle (Cara, 2008a, 2010; Caruso, Cisar, & Pipe, 2008; Costa Mendes, Trevizan, Ferraz, & Favero, 2002; Farley & Nyberg, 1990; Nyberg, 1989, 1993, 1998; Unterschuetz, Hughes, Nienhauser, Weberg, & Jackson, 2008; Watson, 2009a, 2009b). De la même façon, Germain et Cummings (2010), dans leur revue systématique des écrits, concluent que la pratique du leadership transformationnel, où l'on promeut l'autonomie, la

latitude décisionnelle et *l'empowerment* des professionnels de la santé, accroît considérablement leur performance, leur compétence au travail de même que la prestation sécuritaire des soins.

Les résultats de notre étude rejoignent aussi ceux de l'étude qualitative féministe de Paliadelis (2006) et les travaux sur le leadership selon une perspective du *caring* de McDowell et al. (2013), Pipe (2008), Pipe et al. (2009) de même que ceux d'O'Connor (2008) qui mettent en évidence que le CGIPN doit avoir une vision d'ensemble pour communiquer clairement la mission, la vision et les objectifs stratégiques de soins auprès de son équipe de manière à bien assumer son leadership. Ce faisant, les CGIPN soutiennent que de pouvoir gérer efficacement leur service ou leur unité de soins contribue à leur satisfaction socioprofessionnelle. Cet élément fut également soulevé lors de notre enquête auprès des CGIPN qui indiquent que le sentiment de gérer efficacement le service pour assurer la prestation sécuritaire des soins influence fortement leur QVT (90 %). Ce dernier résultat rejoint, de la même façon, certains résultats de l'étude de type ethnographique de Sørensen, Delmar et Pederson (2011) de même que ceux de l'étude quantitative corrélacionnelle d'Oliver et al. (2014) qui soutiennent que les CGIPN estiment qu'il s'avère indispensable de gérer les soins avec rigueur et efficience. Les CGIPN mentionnent aussi que le fait d'exercer avec autonomie leur leadership afin de participer activement à l'amélioration et au développement de la pratique clinique des soins infirmiers leur procure un sentiment d'accomplissement et de réussite au travail. Dans le même ordre d'idées, Sørensen et al. (2011) ajoutent qu'une forte identité professionnelle encourage les CGIPN à mieux s'affirmer à travers leur pratique du leadership, ce qui aurait pour conséquence, d'encourager le développement d'alliances positives basées sur la collaboration et le respect mutuel au sein de la communauté interdisciplinaire en gestion, dans l'optique d'apporter des améliorations au sein de l'organisation. De la même façon, Ferguson et Drenkard (2003) soulignent qu'il devient impérieux pour les infirmières d'accroître leur leadership politique dans le contexte actuel du réseau de la santé afin de prendre position sur des enjeux en santé par la création d'alliances et de partenariats stratégiques avec les consommateurs de services de soins de même qu'avec les acteurs clés œuvrant à l'intérieur de l'organisation des soins.

Tout comme dans les écrits scientifiques sur la place des infirmières dans l'action politique et son influence en santé (Dallaire, 2008; Ferguson & Drenkard, 2003; Fyffe, 2009; Hewison, 2007; Montalvo, 2015), les résultats de notre étude révèlent également que les CGIPN souhaitent être au cœur de la transformation des soins cliniques, participer activement aux orientations stratégiques et surtout pouvoir influencer les décisions administratives en soins infirmiers (78 %). Ils souhaitent développer des habiletés politiques (e.g., savoir influencer, comprendre la joute stratégique, connaître la démarche d'intervention politique, identifier les acteurs positifs et négatifs sur l'unité ou dans l'organisation) pour mieux influencer les décisions en collaboration avec les autres membres de l'équipe au sein de la haute direction, notamment des soins infirmiers (Antrobus & Kitson, 1999; Dellve & Wikström, 2009; Fyffe, 2009; Hewison, 2007; Montalvo, 2015; O'Neill, Boyer, & Roch, 2011; Porter-O'Grady & Malloch, 2015; Trotter Betts, Tillai-McGuinness, & Williams, 2015; White, 2015).

Les données issues de nos entrevues et de notre enquête quantitative corroborent les travaux d'Erickson, Colton et Ditomassi (2015), de Germain et Cummings (2010), de Leavitt, Chaffee et Vance (2014), de Lee et Cummings (2008), d'Oliver et al. (2014), de même que ceux de Paliadelis (2006, 2012) à l'effet qu'une participation accrue des CGIPN aux prises de décisions administratives et cliniques accroît la satisfaction au travail et le sentiment d'appartenance chez ces professionnels. Ces mêmes auteurs ajoutent que les CGIPN s'avèrent les porte-parole infirmiers pour défendre (*advocacy*) la valeur ajoutée des interventions infirmières pour l'accès aux soins et aux services auprès de la haute direction de l'établissement de santé. De plus, le fait d'être en mesure d'utiliser adéquatement son leadership « politique » permet au CGIPN d'orienter la prise de décisions en matière de soins en enlignant les objectifs, la structure et le processus, afin d'atteindre les résultats favorables à la prestation sécuritaire et la qualité des soins selon une perspective propre à l'administration des services infirmiers (American Nurse Association (ANA), 2009; Brown, 2010; Dallaire, 2008; Erickson et al., 2015; Kingston & Brooks Turkel, 2011; Lee & Cummings, 2008; Montalvo, 2015; Shirey, 2007; Trotter Betts et al., 2015). À l'instar des résultats observés dans les études antérieures, les CGIPN ont le sentiment d'être performants lorsque les discussions

sur les améliorations à apporter dans les pratiques cliniques aboutissent concrètement à des résultats en matière de soins, en vue de garantir des services sécuritaires et de qualité à la clientèle.

Lors des entrevues dans la phase qualitative de la présente étude, les CGIPN ont considéré important de reconnaître l'unicité de la clientèle en s'assurant que celle-ci soit entièrement satisfaite des soins reçus. Ce contentement exprimé par la clientèle ne fait que renforcer chez les CGIPN le sentiment d'engagement et d'amélioration continue de la qualité des soins et, du même coup, promeut leur propre QVT. Cet aspect s'avère aussi confirmé par les données de notre enquête quantitative sur la satisfaction de la clientèle à l'égard des soins prodigués sur l'unité ou dans le service (86 %) et corroborent les écrits de DeCampi, Kirby et Baldwin (2010), de Dignam et al. (2012), de Sherwood (2003), de Todres et al. (2009) de même que ceux de Watson (2006a, 2006b, 2008a, 2008b). En effet, ces auteurs reconnaissent la personne et sa famille (clients du système de santé) dans leur unicité mais aussi dans leurs différences, à travers une relation empreinte d'écoute où la clientèle peut exprimer librement sa satisfaction et son insatisfaction à l'égard des soins prodigués à l'intérieur du service de santé.

Ainsi, et en accord avec Minnar (2002) et Watson (2008a), l'utilisation systématique et créatrice de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de soins infirmiers (facteur caratif # 6) encourage le CGIPN à reconnaître les difficultés vécues par la clientèle afin d'identifier les stratégies pour améliorer les interventions de soins. Somme toute, il ne fait aucun doute qu'à l'instar des infirmières soignantes (Gascon, 2001; Lavoie-Tremblay, Viens, & Mayrand Leclerc, 2003; Lavoie-Tremblay, Paquet, Marchionni & Drevniok, 2011; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992; Wärnå, Lindholm, & Eriksson, 2007), cette satisfaction rapportée par les patients et leur famille, à l'égard des soins de qualité reçus, donne un sens au travail du CGIPN et, par conséquent, devient salutaire pour sa QVT. Qui plus est, le sondage du rapport canadien sur l'Agrément des services de santé (2010) confirme que la QVT des professionnels de la santé influe directement sur la prestation sécuritaire et la qualité des soins. En effet, les résultats quantitatifs de cette enquête canadienne soulignent que

l'état de la QVT des professionnels à l'intérieur des organisations de santé a des répercussions directes sur le bien-être et la santé émotionnelle des professionnels de la santé incluant les gestionnaires, la sécurité, le rendement de même que la qualité des soins à la clientèle. Enfin, mentionnons que les travaux scientifiques cités précédemment ne permettent toutefois pas d'établir de lien direct entre l'actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins avec la QVT des CGIPN, mais plutôt avec celui de la satisfaction au travail ainsi que l'attraction et la rétention de ceux-ci, faisant en sorte que ce premier résultat met en évidence le caractère novateur de la présente recherche en administration des services infirmiers.

5.2.2 Les éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle

Les résultats qui émanent de nos entrevues et de notre enquête en ligne mettent en évidence que les éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle occupent une place indispensable pour assurer et maintenir la QVT des CGIPN ($\bar{x}= 3,97$). Les éléments contextuels qui émergent des entrevues qualitatives et corroborés par les résultats de l'enquête quantitative se reflètent par le bien-être et la satisfaction au travail (76 %), des conditions d'exercice favorables pour les gestionnaires des soins infirmiers par l'humour au travail (76 %), la rémunération salariale à la hauteur de la fonction (75 %), l'espace d'un bureau privé (78 %), la conciliation travail-famille-études et vie sociale (75 %), un environnement de travail sain et sécuritaire (83 %), la flexibilité des horaires de travail facilitant l'équilibre travail-famille (75 %), la présence des valeurs humanistes de *caring* au travail (82 %) et une gestion humaniste des cadres supérieurs (83 %). Ces résultats apportent un nouvel éclairage relativement à la valeur ajoutée des pratiques humanistes en gestion pour maintenir et favoriser la satisfaction professionnelle des CGIPN, un thème peu abordé jusqu'à présent, en lien direct avec la QVT dans les écrits scientifiques.

Par ailleurs, nos résultats corroborent semblables conclusions issues des travaux de Cara, (1997, 1999, 2008a), de Stein Backes, Santos Koerich et Lorenzini Erdmann (2007), de Watson (2006a, 2006b, 2008b, 2012) ainsi que ceux de Todres et al. (2009), lesquels indiquent que l'humanisation organisationnelle contribue au mieux-être des professionnels de

la santé et de l'établissement. De la même façon, et en accord avec les travaux de Costa Mendes et al. (2002), le maintien et l'amélioration des conditions d'exercice basées sur des valeurs humanistes concourent à un sentiment de satisfaction socioprofessionnelle et promeut une meilleure productivité au travail. D'ailleurs, les standards de pratiques en administration des services infirmiers développés par l'ANA (2009) soulignent que les CGIPN doivent avoir un accès suffisant aux ressources (financières, humaines et informationnelles) parce qu'elles constituent des conditions sine qua non pour assumer et exercer pleinement leur pratique de gestion dans les contextes difficiles actuels des réseaux de soins de santé.

De leur côté, Kingston et Brooks Turkel (2011) de même que l'étude quantitative d'Olender (2013) sur les attitudes et comportements de *caring* inspirée de Watson (2009) et l'incivilité du personnel infirmier soulignent l'importance de travailler dans des conditions où l'on retrouve une stabilité des équipes de gestion et dans lequel les CGIPN peuvent concrétiser des projets cliniques en soins infirmiers, dans un environnement de travail empreint de collaboration et d'humanisation. Ce faisant, une organisation qui investit dans des conditions d'exercice favorables et dans la conciliation travail-famille-études pourra aspirer inévitablement à instaurer l'harmonie et concourir à un bien-être et à une satisfaction au travail pour les CGIPN (Brousseau et al., 2008; Cara, 2008a, 2008b; Cara & Brousseau, 2011; Cara et al., 2011; Lee & Cummings, 2008, Olender, 2013; Watson, 2006a, 2006b). Dans un autre ordre d'idées, en approfondissant notre analyse statistique, une corrélation négative a émergé entre le nombre d'années d'expérience de travail et l'importance que les répondants accordent aux éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle ($r = -0,124$; $p = 0,039$). Il appert que plus les CGIPN sont expérimentés, moins les dimensions humanistes semblent importantes pour leur QVT. Cette corrélation négative pourrait s'expliquer par une perception générationnelle au regard des dimensions humanistes qui semblent plus importantes pour la QVT des CGIPN novices. Il importe d'indiquer que ce phénomène générationnel en lien avec l'humanisation organisationnelle ne semble pas, à notre connaissance, avoir fait l'objet d'études antérieures.

Sur le plan de l'équilibre entre la vie professionnelle, familiale, sociale et les études, les CGIPN qui ont participé à notre étude perçoivent qualitativement et quantitativement cet aspect comme étant essentiel au maintien de leur QVT et pour leur fidélisation en gestion. Ce résultat corrobore la revue systématique sur la rétention et la fidélisation de Brown et al. (2013) et celle de Lee et Cummings (2008) sur la satisfaction professionnelle effectuée auprès de CGIPN aux États-Unis. Ces auteures ont fait ressortir que l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle des CGIPN constitue un élément important à la fidélisation à leur poste. Le fait de pouvoir concilier les obligations familiales tout en respectant leurs responsabilités professionnelles et leur imputabilité en gestion permet d'atteindre un équilibre intérieur et ainsi diminuer leur stress au travail (Hewko, Brown, Fraser, Wong, & Cummings, 2014; Shirey, 2006, 2009a, 2009b). De la même façon, Watson (2005, 2008a, 2009a, 2009b, 2012), dans ses écrits sur le *caring*, confirme l'importance, voire la nécessité, que la personne soit en harmonie corps-âme-esprit à la fois au travail et dans la sphère personnelle pour atteindre un idéal de qualité de vie en général.

Les résultats de la présente étude permettent d'établir un lien entre l'environnement de travail sain et sécuritaire ainsi que l'humanisation organisationnelle, mettant en évidence qu'un climat organisationnel empreint de *caring* est propice à une meilleure QVT. Nos résultats rejoignent en quelque sorte ceux de l'étude qualitative phénoménologique (IRC) de Cara (1997, 1999) sur les pratiques infirmières de *caring*, qui soulignait qu'un environnement de travail présentant des attitudes et des comportements de *caring* favorise l'estime de soi et promeut l'émancipation professionnelle du personnel soignant et des gestionnaires infirmiers.

Dans le cadre de notre enquête quantitative, tout indique qu'un environnement physique de travail sécuritaire avec un espace de bureau privé (78 %) contribue de façon importante à la QVT et à l'influence du CGIPN sur les équipes de soins. Ce fait corrobore les résultats qualitatifs de l'étude féministe de Paliadelis (2006), inspirée de Kanter (1977), sur la vie au travail (e.g. statut et pouvoir d'influence) et le contexte de travail des CGIPN en Australie. Cette auteure confirme que les CGIPN qui possèdent un espace de bureau privé se voient conférer plus de pouvoir d'influence et une plus grande crédibilité auprès du personnel

soignant et des collègues gestionnaires. Il appert que les CGIPN peuvent ainsi mieux assumer leurs rôles et responsabilités en termes de fonctionnalité et de confidentialité. En effet, Paliadelis (2008, 2012) soutient que l'espace de travail du CGIPN représente un aspect important parmi les déterminants du pouvoir formel et informel. De plus, elle ajoute que les espaces de travail esthétiques et privés forment et communiquent l'identité en plus d'affirmer le statut professionnel du CGIPN au sein de l'organisation. Pour être bien professionnellement, l'espace de travail doit être dynamique et fonctionnel de manière à permettre au CGIPN de remplir adéquatement sa fonction de gestion et de rencontrer les employés et les familles en toute confidentialité dans les cas de résolution de problèmes.

Ces éléments de notre étude rejoignent aussi les écrits scientifiques d'Alfonso (2011), Cara (2008a), Carter et Platt (2013), Mayrand Leclerc (2006), Watson (2006a, 2006b, 2008b, 2012) ainsi que de Sørensen et al. (2011) à l'effet qu'un environnement de travail thérapeutique, dynamique et stimulant offre des bénéfices indispensables à l'émancipation socioprofessionnelle et personnelle des professionnels de la santé. Ces mêmes auteurs argumentent qu'un environnement de travail sain, esthétique, paisible sur le plan auditif et thérapeutique à la guérison, demeure vital pour le bien-être et est un moteur puissant pour la santé professionnelle de même que pour la clientèle. Sur cette base, l'environnement de travail thérapeutique, étant identifié comme un design architectural et humain contributif à l'humanisation organisationnelle et permettant d'atteindre une meilleure QVT, rejoint le huitième facteur caratif de Watson (2008a, 2012). Ce facteur caratif réfère à un environnement de travail holistique, humaniste et de qualité encouragé par la promotion d'un milieu de support, de protection et/ou de modification de l'état mental, physique, socioculturel et spirituel de la personne (CGIPN). Comme le soulignent Minnar (2002) et Watson (2008a), ce facteur caratif s'avère favorable à la transformation dans les façons de gérer les ressources humaines, financières ainsi que dans la réorganisation du service de santé ou du département dans lequel le CGIPN évolue. Ainsi, un milieu empreint de soutien et de protection devient garant de la sécurité des soins. Ce type de milieu facilite à la fois le mieux-être des CGIPN qui, du même coup, influence positivement leur QVT et celle des membres de l'équipe de soins (Watson & Frampton, 2009).

Les résultats qualitatifs et quantitatifs de notre étude montrent aussi que les CGIPN accordent une très grande importance à la présence des valeurs humanistes au sein des équipes de gestion de soins de l'établissement, en relation avec leur QVT. De plus, de nombreux écrits empiriques réalisés en administration des services infirmiers (ASI) (Bondas, 2003; Brown, 2009; Farley & Nyberg, 1990; Nyberg, 1989, 1990a, 1990b, 1998; Paliadelis et al., 2007; Pipe & Bortz, 2009; Pipe et al., 2009; Ray & Turkel, 2010; Sherwood, 2003; Shirey, 2009a, 2009b; Swanson, J. W., 2000; Swanson, K. M., 2006; Turkel, 2007) ont relaté que les valeurs humanistes s'avèrent bénéfiques sur le leadership et l'acquisition des compétences des CGIPN. De plus, la recherche qualitative phénoménologique et descriptive de St-Germain et al. (2008), s'inspirant de Giorgi (1997a), énonce clairement que l'approche du *caring* (Watson, 2008a) offre des retombées positives sur la sécurité et la qualité des soins offerts à la population. Ces mêmes auteurs ajoutent qu'un milieu de soins empreint de *caring* peut également avoir des impacts positifs sur la pérennité des ressources (humaines, financières et matérielles) à moyen et long termes à l'intérieur d'une organisation de santé.

Dans leurs travaux sur l'humanisation en gestion, Graber (2009) et Watson (2006a, 2006b, 2009) ajoutent que le fait de promouvoir des attitudes et comportements empreints d'humanisme dans les relations entre collègues engendre une atmosphère positive et de collaboration au travail, un dialogue teinté de respect entre les acteurs, des échanges positifs et transparents de même que la solidarité à travers l'équipe de gestion. À ce sujet, les résultats de la présente étude mettent également en relief les bénéfices de l'introduction des valeurs humanistes dans les réformes structurelles dans le domaine de la gestion. Comme soulevé dans les travaux d'Arbuckle (2013) et dans les écrits sur les grands principes humanistes du réseau international Planetree (2009) aux États-Unis et au Canada, les réformes basées sur l'humanisme doivent se manifester par la confiance, la création, la coopération et l'ouverture sur la pluralité des idées pour mettre de l'avant les changements nécessaires pour améliorer la qualité des soins à la population. À ce sujet, Van den Beuken et Dumas (2013) argumentent que les administrateurs du réseau de la santé doivent engager des changements organisationnels durables basés sur l'humanisation des soins et des services de santé en misant sur l'ouverture, la souplesse de ses employés et de ses gestionnaires et sur la structure. Ils

affirment que pour y parvenir, les administrateurs doivent s'appuyer sur quatre grands principes : a) se centrer sur les besoins essentiels des patients et du personnel soignant, b) mettre en œuvre les changements qui appuient et alimentent le rendement désiré, c) s'assurer que les acteurs du réseau mettent en pratique les savoirs et partagent les pratiques exemplaires (cliniques et de gestion) et d) dégager des résultats significatifs en matière de soins. Ainsi, les administrateurs créent des milieux de travail attrayants, humanisants et de qualité pour la clientèle, le personnel soignant et les CGIPN.

Les données recueillies qualitativement et quantitativement dans le cadre de notre recherche confirment également l'importance, pour les CGIPN, de vivre des expériences positives dans les relations avec les autres professionnels ainsi qu'avec l'équipe de la haute direction. Ce fait rejoint les résultats des études de plusieurs auteurs (Boykin et al., 2014; Brousseau, 2006; Cara, 2008a, 2008b; Gilmartin, 2001; Graber, 2009; McBride, 2011; Pirson & Lawrence, 2010). En effet, il appert que ce type de relation doit être empreint de respect et que le dialogue constructif engendre le dynamisme, la mobilisation et la valorisation au travail. Ces mêmes auteurs soutiennent que le dialogue empreint de respect renforce la solidarité de l'équipe de gestion dans un contexte de transformation organisationnelle en santé. De la même façon, Cara et al. (2011), Nyberg (1998), Ray (1989) et Watson (2006a, 2006b, 2010) précisent que la relation de travail qui s'imprègne de la philosophie du *caring* préserve la dignité, l'intégralité et l'intégrité humaine.

Qui plus est, les résultats (qualitatifs et quantitatifs) obtenus révèlent que la relation transpersonnelle thérapeutique de *caring* constitue l'essence même de la pratique infirmière en gestion. Ainsi, une organisation qui prône une pratique humanisante en gestion, s'appuyant sur les valeurs du *caring* (collaboration, compassion, respect et transparence) contribue non seulement à l'humanisation des soins et des organisations, mais également au bien-être, à la satisfaction professionnelle, à la croissance personnelle et professionnelle des professionnels de la santé (Cara, 1997, 1999, 2008a, 2010; Cara & Brousseau, 2011; Duquette & Cara, 2000; Graber, 2009; Ray, 1989; Ray & Turkel, 2010; Spitzack, 2011; Watson, 2006a, 2006b, 2010). Contrairement aux résultats recueillis dans le cadre de la présente recherche, Edwards (2001)

et Paley (2001, 2002a, 2002b) argumentent à l'effet que les savoirs issus du *caring* sont plutôt archaïques car il s'agit selon eux d'une conception non clarifiée qui promet plutôt la corruption, le favoritisme et l'injustice au sein de la profession. Pour sa part, Paley (2001, 2002a, 2002b) stipule que la perspective du *caring* n'est tout simplement pas réalisable et a peu d'influence sur les plans politique et organisationnel des milieux de soins de santé. Il affirme que les membres de la discipline infirmière sous-estiment le pouvoir politique de la structure sociétale et organisationnelle face à l'humanisation. Inversement aux écrits de Paley, (2001, 2002a, 2002b), les résultats (qualitatifs et quantitatifs) de la présente recherche mixte rejoignent ceux de l'étude qualitative de Cara (1997) et des travaux de Watson (2008a, 2008b, 2012) à l'effet que l'humanisation et la philosophie du *Human caring* contribue non seulement à l'atteinte d'une meilleure QVT et d'un état de bien-être accru, il permet de concourir à un idéal de justice sociale (Watson, 2008a, 2008b) à l'intérieur des organisations de santé. Les administrateurs du réseau de la santé et les conseils d'administration de ces organisations doivent être conscientisés et sensibilisés aux bienfaits des approches de soins et de santé basées sur les prémisses de l'humanisation, et ce, pour la clientèle, les équipes de soins et la gestion (Rocha & Carvalho, 2007), en plus d'être prometteuses sur le plan économique (Cara et al., 2011; Eisler, 2007).

En terminant, bien qu'il existe plusieurs écrits scientifiques sur les CGIPN, on n'a recensé aucune étude qui semble avoir établi un lien entre l'humanisation organisationnelle et la QVT. Les résultats de la présente étude ont définitivement mis en évidence que les éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle constituent un aspect primordial dans le but de favoriser et préserver la QVT des CGIPN. Ce faisant, il nous apparaît important de souligner que ce résultat revêt un caractère novateur pour la recherche en administration des services infirmiers.

5.2.3 Le soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel

Considéré comme primordial par les participants de la phase qualitative et corroboré par les répondants de la phase quantitative ($\bar{x}= 3,96$), le soutien organisationnel favorisant

l'épanouissement socioprofessionnel et personnel influence favorablement la QVT des CGIPN. Ce résultat fait particulièrement référence à la nécessité de recevoir du soutien relationnel de l'équipe de gestion et à l'assistance administrative, cléricale (79 %) et clinique (66 %) dont ils souhaitent grandement bénéficier pour réaliser adéquatement leur travail. Les CGIPN affirment haut et fort que le soutien de la part des supérieurs, des équipes de soins et de l'équipe des périsoignants (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires) génère un sentiment d'accomplissement au travail (87 %) et leur permet d'atteindre une meilleure QVT. Les résultats de notre étude mixte (qualitative et quantitative) corroborent ceux de l'enquête pancanadienne effectuée par Agrément Canada (2010) portant sur la QVT et la qualité des soins. Tout particulièrement, Agrément Canada affirme dans son rapport que le soutien de l'ensemble de l'organisation lors de situations sentinelles (erreurs dans la pratique professionnelle) contribue positivement à l'optimisation de la QVT des professionnels et des CGIPN de l'établissement. En effet, il appert que ce type de soutien organisationnel s'avère particulièrement important pour veiller à ce que tous les risques soient détectés et que des mesures soient rapidement prises afin que ces erreurs ne se répètent pas. Ainsi, il est loisible de croire qu'en offrant du soutien aux professionnels et aux CGIPN dans l'atténuation des risques, les membres de la haute direction renforcent considérablement la QVT de ces derniers et favorisent du même coup, la mise en place d'une culture de prestation sécuritaire des soins à la clientèle.

Parallèlement à ces résultats, les travaux de recherche quantitative corrélacionnelle de Simmons (2013), sur le soutien organisationnel et l'engagement, confirment que l'appui incondicionnel de tous les secteurs de l'organisation, à savoir les membres de l'équipe de soins sur l'unité, les conseillères cliniques, les directions des ressources humaines, financières et informationnelles de même que la haute direction de l'établissement, contribue considérablement à l'engagement du CGIPN auprès de son milieu de travail. Plus précisément, Brown (2010), dans sa revue systématique sur les facteurs d'attraction et de rétention des CGIPN, évoque que le soutien administratif et cléricale aide le CGIPN à se consacrer totalement à la résolution de problèmes et au développement de son équipe de soins. Reliée directement au concept étudié, l'étude phénoménologique de Cara (1997) conclut à

l'importance d'établir un dialogue et un soutien relationnel au regard des besoins, attentes et rôles en administration des soins. Selon cette chercheuse en sciences infirmières, le soutien relationnel entre les gestionnaires et les membres de l'équipe soignante peut faciliter la compréhension des valeurs et des pensées propres aux personnes, à l'intérieur d'une relation d'aide et de confiance.

Les résultats qualitatifs supportés par les données quantitatives de la présente recherche révèlent que le soutien organisationnel contribue non seulement à l'épanouissement professionnel et personnel des CGIPN mais également à assurer leur QVT. Tout comme les écrits de Duffield et Franks (2001) de même que ceux de Shirey (2006), les résultats de notre étude confirment que le soutien clérical (secrétaires et commis) semble avoir un impact positif sur la QVT du CGIPN, car cela l'aide à concourir à une meilleure gestion des courriels et des aspects plus cléricaux du travail de gestion. Cette forme d'aide contribue à une meilleure planification du travail de gestion et apporte une assistance importante dans un contexte où les demandes pour répondre à des urgences sont de plus en plus élevées (Duffield & Franks, 2001; Mayrand Leclerc, 2006; Mintzberg, 2010; Simmons, 2013). En effet, Titzer et al. (2013), dans leur revue systématique, confirment que l'accès à une structure de soutien telle que l'assistance sur les plans administratif et clérical occupe une place importante dans le travail des CGIPN et réduit le stress au travail. Ces mêmes auteures argumentent que cette forme de soutien les aide à mieux se consacrer à la finalisation de certains dossiers et mandats, et d'avoir le sentiment du travail accompli leur permettant d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés.

Quant au soutien des conseillères cliniques sur les unités de soins, il demeure essentiel pour l'amélioration et l'innovation des pratiques cliniques. À l'instar des travaux de Duffield et Franks (2001) et de la revue systématique de Brown (2010) sur les facteurs d'attraction et de rétention, de même que des écrits de Surakka (2008) sur les responsabilités des gestionnaires infirmiers, l'appui de l'expertise clinique des conseillères cliniques réduit le sentiment d'isolement face à une situation qui comporte des particularités complexes au regard, entre autres, d'un problème de santé chez la clientèle vulnérable (maladies chroniques)

et améliore non seulement les pratiques sécuritaires de soins, mais influence positivement la QVT des CGIPN. Ces résultats rejoignent ceux de l'enquête mixte de Lee et al. (2010) portant sur la santé émotionnelle des CGIPN qui indiquent que cette forme de soutien offre aux CGIPN la possibilité de développer de nouvelles habiletés cliniques et d'assurer une pratique clinique satisfaisante et performante. Toutefois, Titzer et al. (2013) soulignent que le soutien clinique demeure aidant dans la mesure où il existe un réel partenariat du secteur clinique et de la gestion des soins visant à améliorer ce type d'interventions sur l'unité.

À l'instar du soutien clinique, les résultats qualitatifs de notre étude ont fait ressortir que les CGIPN trouvent indispensable de recevoir de l'aide de la part de l'équipe de gestion, notamment, la haute direction, lors de situations complexes à résoudre à titre de gestionnaires. Considérés essentiels par les participants de la première phase de notre recherche, et ensuite corroborés par les résultats de notre enquête quantitative, les répondants ont indiqué que la présence du supérieur immédiat lors de situations difficiles vécues en gestion (75 %), l'appréciation du supérieur à l'égard de la qualité du travail accompli par le CGIPN (78 %) et le renforcement positif du supérieur (75 %) s'avèrent très importants pour leur QVT. En effet, l'appui et la présence des supérieurs et la solidarité ressentie au sein de l'équipe de gestion permettent d'alléger le fardeau de travail des CGIPN vivant des problématiques complexes en gestion (Lee & Cummings, 2008; Mintzberg, 2010; Shirey, 2009a, 2009b). Corollairement à nos résultats, plusieurs recherches auprès des CGIPN confirment également la nécessité pour les CGIPN de ressentir qu'ils peuvent exprimer ouvertement et sans jugement leurs frustrations, partager leurs expériences difficiles en gestion, clarifier des interprétations reliées à des changements organisationnels et travailler en partenariat (CGIPN et haute direction) pour solutionner des situations complexes (Mayrand Leclerc, 2006; Shirey, 2006, Shirey et al., 2013; Viitanen et al., 2007). Nos résultats rejoignent ainsi le cinquième facteur caratif de Watson (2008a), le fait de favoriser et d'accepter l'expression des sentiments positifs et négatifs, lequel manifeste que le cadre supérieur s'ouvre aux sentiments du CGIPN sans porter de jugement. Cela demande ainsi une ouverture de la part des membres de la haute direction à l'égard des expériences favorables et défavorables vécues en gestion par le CGIPN.

Ce résultat corrobore ceux de plusieurs études scientifiques récentes (Brown et al. 2013; Cara, 1997, 1999; Cilliers & Terblanche, 2010; Lee & Cummings, 2008; Mayrand Leclerc, 2006; Shirey et al., 2013; Udod & Care, 2012) qui qualifient le soutien organisationnel comme étant encourageant, réconfortant et rassurant car il constitue un facteur déterminant pour le développement et le leadership professionnel des CGIPN auprès des équipes de soins. Enfin, il convient de souligner que la plupart des études antérieures recensées chez les CGIPN réfèrent surtout aux concepts avoisinants celui de la QVT (e.g. attraction-rétention, environnement de travail, satisfaction professionnelle, santé émotionnelle, stress au travail) dont il est question de manière plus précise dans la présente étude.

5.2.4 L'organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins

L'organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion de soins constitue un aspect essentiel pour améliorer la QVT des CGIPN. Les résultats des différents volets de la présente étude confirment que cet aspect favorise beaucoup la QVT ($\bar{x}=3,72$) des CGIPN. Ce résultat émerge de l'apprentissage en gestion par les échanges réflexifs et par l'ouverture aux divers modes de savoirs appropriés à la gestion des soins infirmiers.

À ce propos, et découlant des *verbatim* des participants et des réponses au questionnaire pour le volet quantitatif, il ressort que l'organisation de santé qui encourage l'apprentissage au sein de l'organisation conduit à un milieu de travail habilitant en gestion. Les résultats de notre étude montrent que l'ouverture aux différents modes de savoirs suivants : éthique, empirique, esthétique, personnel et émancipatoire (Chinn & Kramer, 2011) de même que sociopolitique (White, 1995) dans le cadre de la fonction en gestion, contribue au développement des connaissances et des compétences des CGIPN. L'utilisation des résultats probants dans leur pratique professionnelle en administration des services infirmiers démontre aussi avoir une influence sur leur QVT (73 %). Évoqué par tous les participants et perçu comme relativement important pour les répondants, l'accès à la formation en cours d'emploi (72 %) engendre un sentiment de confiance et de motivation en vue d'apporter des améliorations aux pratiques cliniques à l'intérieur de l'unité ou du service. Cependant, il ressort que le développement des

connaissances à l'aide d'échanges réflexifs (codéveloppement) en groupe visant la résolution de problèmes est perçu comme moyennement important (57 %). De manière générale, les résultats qualitatifs et quantitatifs de notre recherche rejoignent ceux de la recherche action participative de Mackoff, Glassman et Budin (2013) auprès de 43 CGIPN portant sur le développement d'un laboratoire d'apprentissage basé sur les savoirs infirmiers de même que sur les expériences vécues en gestion. Ces auteurs confirment qu'un milieu qui promeut un apprentissage réflexif, tel que les activités de codéveloppement et coressourcement, maximiserait le partage des expériences communes. Ces activités de codéveloppement favorisent les bonnes pratiques en gestion des soins infirmiers et aident les CGIPN à traverser des périodes difficiles et à relever de nouveaux défis. À cet effet, Gagnon et al. (2009) ainsi que Shirey et al. (2010) soulignent que les activités de codéveloppement mises en place par l'organisation de santé offrent aux CGIPN l'occasion de mettre en commun leurs expériences de gestion en prenant appui sur des connaissances tacites, expérientielles et des modèles théoriques émanant des écrits scientifiques dans le domaine de la gestion et des sciences infirmières. Ces activités peuvent potentiellement favoriser leur satisfaction professionnelle et la rétention des CGIPN dans les équipes de gestion (Brown, 2010; Lee & Cummings, 2008; Simmons, 2013)

Seule l'étude quantitative corrélationnelle iranienne récente de Dehaghi, Sheikhtahei et Dehnavi (2015) apporte un éclairage nouveau sur le développement des connaissances et la relation avec la QVT des gestionnaires infirmiers. Les résultats quantitatifs de cette étude indiquent que les CGIPN accordent une grande importance à la participation au développement des connaissances en gestion. Ils affirment également que leur participation à la mise en place de stratégies de gestion des connaissances influence de façon significative la QVT des gestionnaires infirmiers.

Dans le cadre de sa recherche action au Royaume-Uni auprès des équipes de gestion, Baldwin (2008) révèle aussi que le codéveloppement en administration favorise la réflexion individuelle et le transfert d'expériences entre les participantes. Cet échange se réalise au moyen de discussions, de mises en situation sous forme d'exercices et de questionnaires. Pour

leur part, Srsic-Stoehr, Rogers et Douglas (2004) reconnaissent également que les échanges basés sur la réflexion permettent aux CGIPN de faire appel à des approches créatrices et innovantes en gestion afin de faire face aux défis actuels de l'administration des services infirmiers du 21^e siècle tout en se basant sur des concepts d'ouverture, de simplicité, de flexibilité et d'efficacité. Ce fait s'avère confirmé dans l'étude interprétative phénoménologique de Cathcart et al. (2010), réalisée auprès de 32 CGIPN aux Etats-Unis, entourant le rôle de l'apprentissage expérientiel dans le développement du leadership et l'analyse critique à l'égard d'un problème. Dans cette étude qualitative, des histoires de cas personnelles sont soumises pour discussion en groupe avec pour objectif de susciter la consultation entre collègues CGIPN pour solutionner des problématiques (résolution de conflits et plaintes). Ces mêmes auteurs soutiennent que la curiosité et l'imagination sont des qualités comprises dans le processus de réflexion.

Les résultats qualitatifs et quantitatifs de notre étude mettent en évidence que les échanges hebdomadaires basés sur la réflexion mutuelle, soutenus par la haute direction de l'établissement de santé, permettent aux CGIPN d'en dégager des solutions novatrices et applicables sur le terrain, corroborant les écrits scientifiques de Beard et Wilson (2013) sur l'apprentissage expérientiel. D'ailleurs, ces derniers auteurs affirment qu'une organisation de santé, qui met l'accent sur la résolution active de problèmes par la consultation entre pairs, engendre un sentiment de réconfort et d'accomplissement professionnel des CGIPN. Il appert que le partage de connaissances à l'aide d'une démarche de réflexivité entre pairs, à travers l'action, demeure enrichissant sur le plan professionnel pour les CGIPN; néanmoins, tout comme notre étude sur le sujet, quelques CGIPN ont exprimé des réserves en plus d'avoir un sentiment d'inconfort au regard du partage des savoirs en groupe. Le septième facteur caritatif de Watson (2008a) abonde dans le même sens. En effet, la théoricienne souligne que le fait de favoriser le développement intra-interpersonnel par l'apprentissage et l'enseignement transpersonnel peut aider le professionnel de la santé à mieux cerner les besoins d'apprentissage. Tel que confirmé par les écrits de Minnar (2002) appliqués dans le domaine de l'administration des services infirmiers, l'apprentissage et l'enseignement reçus permettent,

aux gestionnaires infirmiers de tous les paliers, d'affronter plus favorablement les situations de stress au travail, ce qui peut laisser croire que cela peut les aider à optimiser leur QVT.

Selon Beard et Wilson (2013), Horton-Deutsch et Sherwood (2008) ainsi que Galuska (2014), la réflexion s'avère une stratégie pédagogique clé pour préparer les CGIPN aux transformations des organisations interdisciplinaires où ils gèrent le soin aux patients et le personnel soignant. La réflexion concerne l'apprentissage par l'expérience, un aspect critique du développement de la connaissance et une habileté essentielle au développement du leadership des CGIPN. À ce sujet, Horton-Deutsch et Sherwood (2008) ajoutent que la réflexion contribue à améliorer la pratique professionnelle des infirmières à l'intérieur d'un milieu d'apprentissage continu dans le cadre de leur travail. Ce cycle d'apprentissage réflexif utilise les différentes formes de savoirs soit le savoir-être, savoir-faire et le savoir associé au *caring*, essentiels au leadership transformationnel (Cara, 2008a; Horton-Deutsch & Sherwood, 2008; Watson, 2006a, 2006b). Ainsi, cet apprentissage basé sur la réflexivité peut aider les CGIPN à augmenter leur conscience des perceptions, réactions et hypothèses qui limitent la pensée et les aide à la prise de décisions pour répondre aux situations complexes, par le dialogue, la flexibilité, l'écoute active, l'ouverture aux autres, la présence authentique et la transparence en accord avec les valeurs du *caring* et de la gestion (Shirey, 2009a, 2009b). De cette manière, les CGIPN pourront, avec le temps, devenir des praticiens réflexifs dans leur domaine de pratique, faire appel à cette prise de conscience de soi et des autres pour évaluer les situations, pour comprendre et apprécier l'incertitude, l'ambiguïté et les idées contradictoires au sein du service ou de l'unité de soins (Johns, 2009; Hendel & Steinman, 2002; Tarrant & Sabo, 2010; Unterschuetz et al., 2008; Watson, 2008b). À ce sujet, il ne fait aucun doute que les formes d'apprentissage citées préalablement favorisent l'établissement de réseaux entre les CGIPN possédant des habiletés complémentaires et engendrent un espace d'échanges pour penser et agir afin de trouver des solutions à partir du vécu de chacun mais également des écrits scientifiques (Galuska, 2014; Mountford & Marshall, 2014).

Par ailleurs, tout comme le confirment les recommandations de la table nationale du RUIS (2010) et les travaux de Patton, Zalon et Ludwick (2015), une participation accrue des

CGIPN à plusieurs activités de formation continue pourraient permettre à ces professionnels d'acquérir un portfolio de compétences.

Les données qualitatives et quantitatives obtenues ici, au regard de l'organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins, s'avèrent aussi corroborer les résultats de l'étude qualitative de Galuska (2014). Cette auteure affirme que le soutien des cadres supérieurs dans le perfectionnement professionnel des CGIPN, par l'entremise de la formation continue, crée des conditions propices au développement des connaissances de ces professionnels de la santé et améliore l'organisation des soins et des services de santé offerts à la clientèle. Les résultats qualitatifs soutenus par le volet quantitatif de notre étude rejoignent directement les positions mentionnées par Dall'Agnol et al. (2013) sur la formation continue en administration des services infirmiers. Ces mêmes auteurs argumentent que les organisations doivent investir dans la formation en cours d'emploi au sein des équipes de gestion des soins infirmiers. Toutefois, ils soutiennent fermement que de permettre aux CGIPN des moments de perfectionnement professionnel exige d'abord un engagement de l'établissement envers le développement des savoirs propices à des pratiques de gestion innovantes pour mettre en place, par exemple, des projets de réorganisation en s'appuyant sur les écrits scientifiques au sein de la discipline.

5.2.5 L'accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers

Ce dernier résultat favorable à la QVT correspond à l'accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers. Les données qualitatives et celles de l'enquête quantitative mettent en évidence que le *coaching* et le mentorat dans la transition du rôle d'infirmière soignante à gestionnaire infirmier (66 %) de même que par les activités facilitant l'intégration des nouveaux gestionnaires infirmiers, telles que la présence de modèles de rôle (58 %) et la mise en place d'une journée d'accueil (50 %), influencent modestement la QVT des CGIPN ($\bar{x}= 3,72$). Ce fait peut s'expliquer, du moins en partie, par les caractéristiques de la moyenne d'âge des participants aux entrevues (42 ans) et des répondants au questionnaire (46 ans). Par ailleurs, les résultats de notre étude suggèrent

également qu'il y a une corrélation négative entre le nombre d'années d'expérience de travail et l'importance que les répondants accordent à l'accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers ($r = -0,161$; $p = 0,007$). Il appert que les CGIPN qui possèdent plusieurs années d'expérience accordent une moins grande importance à l'accompagnement personnalisé corroborant ainsi l'étude quantitative nationale canadienne de Laschinger et al. (2013). À ce sujet, ces auteurs révèlent que l'âge demeure le facteur prédictif négatif qui influe directement sur l'attraction en gestion; plus les infirmières sont âgées, moins elles aspirent à faire carrière en gestion.

En accord avec Surakka (2008), les résultats de la présente étude mettent en évidence que la relève infirmière en gestion doit être relativement bien préparée à assumer ses nouvelles responsabilités de gestionnaires selon une perspective infirmière. Les données qualitatives recueillies lors des entrevues auprès des novices en gestion ($N = 7$) soutiennent que l'accompagnement personnalisé devient primordial pour promouvoir leur QVT, ce qui s'avère modestement confirmé dans le volet de l'enquête quantitative en ligne de notre étude. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la moitié des participants du volet qualitatif et 66 % des répondants dans le volet quantitatif possédaient cinq années et plus d'expérience en gestion. Le mentorat et le *coaching* dans la transition du rôle d'infirmière à gestionnaire infirmier revêt une importance capitale pour attirer et retenir la relève infirmière dans ce domaine de la pratique (ANA, 2009; DeCampli et al., 2010; Ponti, 2009). Ainsi, le CGIPN novice peut ainsi profiter de la rétroaction constructive du mentor pour s'améliorer et chercher à faire progresser sa carrière au profit de son développement professionnel (Grossman, 2013; Wong et al., 2013).

Les données qualitatives et quantitatives issues de notre étude apparaissent supportées par la recherche séquentielle exploratoire sur le *coaching* interprofessionnel en santé de Godfrey, Andersson-Gare, Nelson, Nilsson et Ahlstrom (2014). Ces auteurs concluent que les professionnels de la santé qui gèrent les unités de soins perçoivent positivement un modèle de *coaching* formel et structuré à l'aide d'un jumelage en collaboration avec un expert senior en administration. Le *coach* doit posséder des qualités (e.g. accessibilité, collaboration,

communication, écoute, honnêteté, connaissances, soutien et présence réelle) pour aider les novices en gestion (Godfrey et al., 2014). Ainsi, il appert que cela engendre chez le *coaché* (le gestionnaire novice) un sentiment d'encouragement à apporter les améliorations nécessaires à son leadership afin de mieux gérer les situations complexes en gestion, et ce, à travers un processus de *coaching* continu (Ahmadi, Jalalian, Salamzadeh, Daraei, & Tadayon, 2011). Ces derniers chercheurs, dans leur recherche quantitative sur la promotion de la QVT par l'utilisation du paradigme du *coaching* en gestion, montrent une relation significative entre les deux concepts (*coaching* et QVT). Les résultats de leur étude confirment que le *coaching*, à l'aide d'une forme d'accompagnement auprès de professionnels, influe positivement sur la QVT et, par conséquent, sur le bien-être, la santé émotionnelle et la santé au travail. Ahmadi et al. (2011) concluent que le *coaching* en gestion demeure un processus qui conduit à l'apprentissage, au développement et à l'amélioration de la performance. Les leaders positifs sont ceux qui ont introduit le *coaching* de gestion dans leurs actions et croyances au quotidien. Ces auteurs ajoutent que le *coaching* augmente l'efficacité des communications organisationnelles empreintes d'ouverture, le travail d'équipe de même que la connaissance de soi. De plus, il améliore l'habileté à créer des pratiques novatrices, à accepter le changement organisationnel et est donc propice à *l'empowerment* du personnel (Lavoie-Tremblay, Leclerc, Marchionni & Drevniok, 2010; Mintzberg, 2010).

Les résultats de la présente étude rejoignent ceux du sondage auprès de 12 infirmières émanant de l'étude de Karsten, Baggot, Brown et Cahill (2010) sur le *coaching* professionnel comme stratégie de rétention, à l'effet que celui-ci procure aux CGIPN les outils nécessaires pour exceller dans leur rôle actuel et leur permet de prendre conscience de soi, ce qui améliore leur efficacité dans la gestion quotidienne des dossiers. De la même façon, Batson et Yoder (2012), Kelly et al. (2014) de même que les écrits de Crane (2010) sur le *coaching* transformationnel argumentent, dans leurs travaux respectifs, qu'un programme de mentorat et de *coaching* en gestion par un jumelage en dyade (novice et senior) outillerait et donnerait l'énergie suffisante aux CGIPN pour répondre aux exigences et aux pressions économiques et humaines de même que pour composer convenablement avec les nouvelles technologies, essentielles pour assurer adéquatement leurs rôles et leurs responsabilités liées à la gestion.

Lavoie-Tremblay et al. (2010) confirment dans leur étude qualitative sur les besoins des infirmières issues de la génération Y que ces dernières perçoivent le *coaching* et la rétroaction à long terme comme étant un facteur clé de succès pour l'attraction et la rétention des novices en soins infirmiers dans les organisations de santé.

Udod et Care (2012), dans leur recherche qualitative sur les facteurs de stress et les expériences d'adaptation auprès de cinq CGIPN en milieu hospitalier tertiaire dans l'Ouest canadien, confirment que le mentorat formel, humain et transformationnel joue un rôle essentiel pour la rétention des novices infirmières à l'intérieur de la fonction de gestion de même qu'il procure un sentiment de compétence et de confiance dans les habiletés de gestion (e.g., leadership, habiletés politiques, élaboration d'un budget, gestion des ressources humaines). Ce type de sentiments indiqués précédemment s'avère également corroboré dans les écrits de Varney (2009) sur le mentorat humaniste de même que Wagner et Seymour (2007) sur le mentorat basé sur l'approche du *caring*. Plus précisément, ces derniers reconnaissent que le mentorat *caring* stimule de nouvelles perspectives sur soi, les autres et le monde de même qu'il offre de nouvelles occasions d'action et une vision élargie de possibilités pour le système de santé. Comme résultat, les organisations de santé rapportent une augmentation de la satisfaction du personnel, du leadership, des compétences et de la rétention du personnel. En accord avec Wagner et Seymour (2007), il s'avère loisible de croire qu'une pratique de mentorat basée sur le *caring* à l'intérieur d'un accompagnement peut contribuer au développement personnel et professionnel des CGIPN novices et par le fait même à accroître leur QVT.

Quant à l'importance d'un modèle de rôle, nos résultats sont en lien avec ceux des travaux de Dellve et Wikström (2009), de Laschinger et al. (2013), de Mackoff et al. (2013) de même que de Wong et al. (2013), où les seniors qui agissent ainsi aident les novices infirmières en gestion à mieux intégrer leurs nouvelles fonctions. Les organisations doivent planifier adéquatement la relève avec des personnes de référence pour accompagner les infirmières novices en gestion des soins infirmiers à l'aide d'un programme de mentorat tant sur le plan théorique que pratique afin de donner du temps et des occasions pour la

socialisation des CGIPN novices avec les seniors afin de mieux comprendre les défis en gestion (Laschinger et al., 2013; Wong et al., 2013). En ce qui a trait à la planification de la relève, Kelly (2014) de même que la revue systématique de Titzer et al. (2013) soulèvent l'urgence d'identifier les futurs CGIPN de la génération X présentant un haut potentiel pour une carrière en administration des soins infirmiers. En identifiant des CGIPN d'expérience et compétents avec des talents d'éclaireurs, ceux-ci pourront être ciblés pour accompagner les novices infirmières en gestion des services infirmiers et agir comme modèles de rôle pour ainsi assurer la pérennité de la fonction au sein du réseau de la santé (Wong et al., 2013). Pour leur part, Wong, Laschinger et Cziraki (2014) ajoutent que la haute direction des soins infirmiers joue un rôle primordial en assurant aux nouveaux CGIPN une préparation adéquate pour faciliter leur performance au travail, leur leadership en gestion afin d'encourager l'attraction de nouvelles recrues à l'intérieur de ce domaine de pratique qu'est l'administration des services infirmiers.

Les résultats de notre étude corroborent ceux de Titzer et al. (2013) et de Titzer et al. (2014) à l'effet que les activités facilitant l'intégration des novices demeurent des conditions *sine qua non* à l'attraction et la rétention des nouveaux gestionnaires infirmiers au sein de l'organisation. Ces mêmes auteurs affirment que pour assurer une meilleure intégration des infirmières novices en gestion, la mise en place d'un programme d'accueil et d'orientation s'avère indispensable. Selon ces auteurs, ce type de programme pourrait, par conséquent, améliorer la transition de rôle, réduire les taux de roulement des CGIPN, diminuer les coûts de remplacement du personnel en assurant une meilleure stabilité des équipes de gestion. Ainsi, les CGIPN pourront concourir à une meilleure satisfaction professionnelle (Lee & Cummings, 2008) et donner un sens à leur nouveau travail en administration des services infirmiers (Cara, 2008a).

La prochaine section discutera du volet qualitatif et quantitatif lié à l'absence d'une qualité de vie au travail (QVT).

5.2.6 La déshumanisation organisationnelle

Le facteur défavorable de la déshumanisation organisationnelle constitue un aspect qui affecte négativement la QVT des CGIPN selon les récits des participants et les réponses recueillies lors de l'enquête provinciale ($\bar{x}= 3,91$). Nos résultats qualitatifs et quantitatifs rejoignent ceux de l'étude qualitative phénoménologique de Cara (1997) réalisée auprès d'infirmières soignantes à l'effet que les pratiques déshumanisantes se traduisent par la présence d'une bureaucratie sclérosante, de la discordance entre les valeurs des gestionnaires en soins infirmiers et les pratiques administratives de l'établissement, de relations socioprofessionnelles irrespectueuses et conflictuelles de même que du sentiment d'être abandonné par le supérieur immédiat. Bien que la déshumanisation organisationnelle ait été peu documentée dans les écrits scientifiques, celle-ci rejoint certaines études existantes sur l'expérience globale des professionnels de la santé travaillant dans un contexte difficile.

À l'instar de Pruijt (2000), les résultats quantitatifs de la présente étude tendent à montrer que l'obstruction bureaucratique freine la réalisation de projets cliniques en soins infirmiers et celle-ci demeure un aspect qui influence fortement et négativement la QVT des CGIPN (74 %). Pruijt (2000) ajoute, dans ses travaux sur la QVT et la performance réalisés à partir d'une théorie sociale critique (Habermas, 1968), que la bureaucratie concourt à une augmentation du taux d'absentéisme et une réduction de la performance de même que la liberté de décision s'avère constamment remise en question, ce qui a pour conséquence de nuire à la motivation et à la rétention des professionnels. En effet, ce type de bureaucratie occulte considérablement l'autonomie décisionnelle et déshumanise la pratique professionnelle du CGIPN (Pruijt, 2000). Ce fait est corroboré dans l'étude descriptive rétrospective de Skytt, Ljunggren et Carlsson (2007) sur les raisons qui motivent les CGIPN à quitter leurs fonctions. Ces auteurs concluent que les contraintes bureaucratiques dans le réseau de la santé qui se reflètent par l'austérité économique, les compressions des ressources financières, les difficultés liées à la pénurie de personnel et les politiques rigides budgétaires ont pour conséquence d'engendrer la déshumanisation organisationnelle.

En effet, n'effectuer quotidiennement que des activités de gestion de crise dans un contexte bureaucratique rigide et hiérarchique risque inévitablement à long terme de générer un sentiment d'insatisfaction, de morosité, menant éventuellement à l'épuisement professionnel de même qu'à la démission de certains gestionnaires en santé (Antrobus, 1997; Arbuckle, 2013; Christoff, 2014; Laschinger & Finegan, 2008; Mintzberg, 2003, 2010; Shirey, 2006, 2009a, 2009b). Les résultats obtenus dans le cadre de notre étude quant à l'obstruction bureaucratique s'avèrent comparables à ceux de l'étude qualitative constructiviste de type théorisation ancrée de Dellve et Wikström (2009) sur la complexité de la gestion des organisations de santé. Les auteurs concluent que certains gestionnaires infirmiers perçoivent qu'une bureaucratie trop lourde devient un obstacle à la pratique de leur leadership à travers l'organisation et auprès des équipes de soins. Mentionnons toutefois que Pruijt (2000), Arbuckle (2013) et Christoff (2014) rapportent que certains professionnels perçoivent la bureaucratie comme positive, équitable et juste, ce qui en quelque sorte va à l'encontre de nos résultats.

Tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif, les résultats de notre étude révèlent également que la pression constante des décideurs politiques sur l'organisation (64 %) influence modérément et négativement la QVT des CGIPN. Cette pression se traduit par la lourdeur des demandes ainsi que le laxisme de la part de certains administrateurs (haute direction) dans la gestion de certains dossiers qui sont traités tardivement à cause des paliers hiérarchiques au sein du système de santé et avec lesquels les CGIPN doivent composer au quotidien. De plus, les multiples demandes, telles que des urgences qui doivent être réglées et gérées rapidement et qui n'en finissent plus de se prolonger dans le temps à cause de l'implication des décideurs politiques, génèrent chez certains professionnels de la santé de la grande frustration et une perte de sens au travail (Vaes & Muratore, 2013).

L'ambiguïté omniprésente dans les communications avec les différentes instances qui se manifeste par le manque de clarté dans les messages adressés de la part de la haute direction aux CGIPN et, par ricochet, au personnel soignant, nuit considérablement à leur QVT (75 %). Entre autres, les écrits de Marquis (2012) et de Paliadelis (2006, 2008, 2012) abondent dans le

même sens en indiquant que l'absence de cohésion dans les communications à l'intérieur de l'organisation entre les individus crée des relations conflictuelles et irrespectueuses au sein des équipes de soins et de la gestion. En accord avec Avoine (2013), Christoff (2014) et Halldórsdóttir (2008), les attitudes et comportements déshumanisants engendrent un climat pernicieux au sein des équipes, ce qui peut affecter considérablement et négativement la QVT de 81 % des CGIPN ayant participé à notre étude. L'omerta qui semble persister au sein de l'organisation au regard de ces comportements insidieux sous forme de violence verbale s'avère néfaste pour la santé organisationnelle et la QVT de tous les acteurs. Ainsi, la présence continue de conflits dans les relations de travail devient dévastatrice pour la santé psychologique des CGIPN et influence négativement leur QVT tout comme ce fut rapporté par les écrits scientifiques de Cara (1997, 1999), Haslasm et Loughnan (2014), Lee et Cummings (2008), Lee et al. (2013), Marquis (2012) et de Paliadelis (2006). Ces auteurs affirment qu'un climat organisationnel malsain, qui empoisonne considérablement les relations au travail et qui perdure dans le temps, engendre inévitablement une atmosphère de méfiance de même que l'insatisfaction professionnelle. Avoine (2013) de même que Haslasm et Loughnan (2014) soulignent, dans leurs travaux, que la détérioration du climat de travail contribue à une baisse de la motivation, l'accroissement des congés pour maladie professionnelle, des démissions, une diminution de rendement, une baisse de collégialité dans les équipes et un désengagement professionnel des personnes. Ainsi, il appert que ce type d'environnement de travail transforme une ambiance positive en un climat hostile et compromet non seulement la performance des équipes mais devient toxique pour la QVT.

Selon les données qualitatives et quantitatives obtenues ici, la discordance entre les valeurs des gestionnaires infirmiers et les pratiques administratives de l'établissement porte ombrage à la crédibilité et au leadership des CGIPN, ce qui est dévastateur pour leur QVT (73 %). Cet aspect est aussi soulevé par les études sur la détresse des CGIPN (Shirey, 2006; Shirey et al., 2010, 2013) à l'effet que les mésententes entre les gestionnaires infirmiers (73 %) et les administrateurs dans le processus de gestion du temps supplémentaire obligatoire (TSO) des infirmières (62 %) ont des répercussions néfastes sur la QVT et accentuent le stress au travail des CGIPN. Lorsque les valeurs des CGIPN deviennent complètement à l'opposé de

celles de la haute direction au regard de la gestion du TSO ou dans la manière de gérer le service ou l'unité de soins, elles freinent toutes possibilités de développement et ne font que créer des relations conflictuelles et un climat de méfiance perpétuel au sein des équipes de gestion (Olender, 2013; Shirey et al, 2008; Udod & Care, 2012). Pour sa part, Marquis (2012) conclut que l'obligation pour les gestionnaires de faire appliquer des décisions qui ne sont pas en cohérence avec leurs propres valeurs et d'être forcés d'annoncer, auprès des équipes, des mesures impopulaires avec lesquelles ils ne sont pas d'accord, engendrent une source importante de stress, en plus de générer du mépris à leur égard de la part du personnel soignant.

À l'instar des éléments exprimés au préalable, certains participants et répondants évoquent que l'on ne peut passer sous silence le sentiment d'être abandonnés par le supérieur immédiat lorsque se vivent des problèmes en gestion. Les résultats de notre étude font également ressortir que l'absence de soutien de la part du cadre supérieur a une forte influence négative sur la QVT (77 %) et correspond au sentiment d'abandon du cadre supérieur face au CGIPN. Plus précisément, le fait de se faire reprocher de déranger un cadre supérieur la fin de semaine pour une situation complexe et urgente à résoudre engendre le sentiment d'être laissé à soi-même et, par le fait même, fait ressortir un sentiment d'impuissance face à la résolution du problème. Ce phénomène vécu par certains participants dans le volet qualitatif de la présente étude rejoint directement les écrits de Marquis (2012), Mayrand Leclerc (2006), Olender (2013), Paliadelis (2006, 2008, 2012), Shirey (2006) et Udod et Care (2012) qui soulignent que l'absence de rétroaction et de soutien du cadre supérieur en contexte difficile, additionnée aux critiques négatives non justifiées de la part de celui-ci font en sorte que les CGIPN se sentent pris entre l'arbre et l'écorce et vivent des sentiments de colère, de trahison, d'indignation et d'injustice. Enfin, ces éléments deviennent définitivement un obstacle au maintien de la qualité et la sécurité des soins, et ce, au détriment de l'humanisation de la QVT, ce qui peut conduire à la déshumanisation organisationnelle et fragiliser la pratique administrative ainsi que les équipes en soins infirmiers (Udod & Care, 2012).

Par ailleurs, les résultats de notre étude vont à l'encontre de ceux provenant de l'étude quantitative de Vaes et Muratore (2013) sur la déshumanisation, lesquels évoquent que certains professionnels de la santé présentent des comportements déshumanisants comme moyens de défense afin de gérer les émotions personnelles face à un événement difficile vécu par les personnes. Contrairement à ce qui est ressorti dans le cadre de notre étude, ces auteurs affirment que ces mêmes professionnels ont recours à des attitudes et comportements déshumanisants en créant une cloison pour éviter de s'investir émotionnellement lors de mesures disciplinaires ou pour congédier un employé (Halldórsdóttir, 2008).

De son côté, Avoine (2013), dans son étude qualitative auprès de la clientèle en réadaptation, révèle que les professionnels qui ont des comportements déshumanisants nuisent au bien-être et à la santé des personnes, notamment, les infirmières et les patients. Elle ajoute que la déshumanisation en contexte de soins de santé engendre une perte de sens, de l'isolement, une vulnérabilité accrue et une perte de dignité de la personne. Pour sa part, Halldórsdóttir (2008), dans ses travaux sur le *caring* et l'*uncaring* (non *caring*), conclut que le non *caring* (pôle négatif) se traduit par le manque de communication, l'absence de relation, l'indifférence et le détachement de la personne à l'égard d'autrui. Ces attitudes et comportements déshumanisants à l'intérieur d'une organisation réduit le bien-être et compromet la santé des personnes, ayant pour conséquence, d'engendrer le découragement, le *désempowerment*, la méfiance et un sentiment d'aliénation (Avoine, 2013; Halldórsdóttir, 2008). Ce facteur défavorable revêt un autre aspect novateur de la présente étude sur lequel les administrateurs ont le pouvoir et le devoir d'agir pour ainsi prévenir ou, à tout le moins, réduire au maximum l'apparition de la déshumanisation à l'intérieur de l'organisation.

5.2.7 Les conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers

Émergeant des entrevues des participants et corroborées par l'enquête quantitative auprès des répondants à notre étude, les conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers nuisent grandement à la QVT des CGIPN (\bar{x} = 3,78). Les CGIPN interrogés déplorent la détérioration de leurs conditions de travail depuis plusieurs années. L'absence de standards de pratique spécifiques aux différents niveaux de la gestion des soins infirmiers a

pour effet de créer de l'ambiguïté dans les rôles et responsabilités chez les CGIPN, ce qui constitue un élément qui influence directement et négativement leur QVT (75 %). Les résultats suggèrent aussi que ces conditions défavorables se caractérisent par un déséquilibre travail-famille- vie sociale symbolisé par l'absence de soutien familial, une prolongation du temps au travail et de l'interférence des problèmes vécus et non résolus au travail. Dans notre enquête quantitative en ligne, le manque de temps pour les loisirs et la vie familiale (73 %) et le surinvestissement au travail jusqu'à épuisement (82 %) nuisent considérablement à la QVT des CGIPN. Ce fait corrobore les écrits scientifiques d'Udod et Care (2012) qui soutiennent que les interférences continues entre le travail et la vie personnelle ne permettent pas aux CGIPN d'atteindre une harmonie entre ces deux sphères (personnelle et professionnelle). Ces mêmes auteurs ajoutent que le manque d'équilibre travail-famille conduit à l'épuisement professionnel, à la détresse émotionnelle, nuisant au bien-être professionnel et personnel (Brown et al., 2013; Lee & Cummings, 2008; Shirey et al., 2008; Udod & Care, 2012). Ce fait fut aussi soulevé dans le bilan du sondage sur la dotation des postes d'encadrement mené par plusieurs organismes, dont la défunte Association québécoise des établissements au Québec (AQESS) (2008), qui soulèvent que les difficultés de rétention en gestion sont engendrées par un déséquilibre vie, travail, famille. Le rapport de l'AQESS (2008) indique aussi que les gestionnaires de la santé se sentent dépassés par l'ajout constant de dossiers urgents à régler qui n'en finissent plus d'affluer et qui se prolongent jusqu'à la maison, ce qui crée des conditions défavorables à l'intérieur de la fonction de CGIPN.

Les résultats qualitatifs et quantitatifs de notre étude révèlent que le peu d'espace de travail des CGIPN affecte la légitimité et la pratique de leur leadership auprès du personnel soignant ainsi que leur statut de gestionnaire. Ces résultats corroborent les écrits scientifiques de Paliadelis (2006, 2008, 2012) sur le sujet. L'auteure affirme que l'absence d'un bureau personnalisé ou d'un espace sous-optimal de travail pour le CGIPN envoie un mauvais signal quant à la primauté de la fonction de gestion des soins infirmiers aux yeux du personnel soignant et des collègues gestionnaires issus des autres disciplines, ce qui pourrait engendrer de l'insatisfaction professionnelle chez les CGIPN. Pour leur part, Helgesen (2003) de même que Panayiotou et Kafiris (2011) ajoutent, dans leurs travaux, que l'absence d'un bureau privé

rend le travail du gestionnaire de la santé non-productif et réduit considérablement son pouvoir d'influence, sa crédibilité auprès des équipes de soins et rencontre des difficultés à appliquer des changements organisationnels au sein de son service ou unité de soins.

Enfin, les résultats de la présente recherche mettent en évidence que les barrières à l'exercice clinico-administratif des soins infirmiers nuisent de façon importante aux conditions d'exercice des CGIPN. Semblable résultat rejoint ceux des travaux de Brown et al. (2013). Selon ces auteurs, il appert que l'incapacité pour les CGIPN à pouvoir effectuer leurs activités de gestion, jugées primordiales à l'intérieur de leur pratique, engendre des sentiments d'être bousculés, inquiets, coupables, impuissants, tout en suscitant l'insatisfaction du travail accompli. Ces mêmes auteurs ajoutent que la pratique de gestion des CGIPN n'apparaît pas optimale car ces derniers doivent constamment répondre aux urgences au détriment de la présence auprès du personnel, de l'évaluation du rendement, du contrôle de la qualité et de la sécurité des soins. De plus, le développement de projets s'avère compromis au profit des imprévus qui surgissent de nulle part et qui sont sans fin et où les CGIPN doivent constamment éteindre des feux.

De la même façon, les travaux de plusieurs chercheurs (Laschinger et al., 2004; Mayrand Leclerc, 2006; Mayrand Leclerc et al., 2006a, 2006b; McConville & Holden, 1999; Paliadelis, 2006, 2008, 2012; Paliadelis et al., 2007; Shirey, 2006; Shirey et al., 2008, 2010; Surakka, 2008) affirment qu'une grande partie du temps des CGIPN demeure consacrée à la « gestion quotidienne », soit de gérer les horaires de travail, voir aux remplacements, remplir des requêtes de toutes sortes, remplir des formulaires, assister aux réunions, rédiger des procès-verbaux, vérifier les paies, voir à la circulation du courrier, et ce, sans avoir la possibilité de déléguer les tâches, faute de ressources humaines, financières, matérielles et technologiques actualisées. Ces mêmes auteurs ajoutent que l'ambiguïté dans les rôles et responsabilités, due à l'absence de standards de pratique et combinée à la surcharge de travail, aux pressions soutenues de la part des employés, des familles et des autres professionnels, au temps passé à répondre aux multiples courriels et à assister aux réunions de gestion, laisse peu de place pour apporter des améliorations souhaitées à l'intérieur de l'unité de soins ou du

service de santé et ce, dans un contexte où ils ont peu de soutien administratif de la haute direction.

Lors des entrevues, les participants de notre étude ont exprimé qu'un nombre élevé d'employés à superviser peut influencer négativement leur QVT. Ce fait a été corroboré lors de notre enquête quantitative. En effet, il semble que l'encadrement d'un grand nombre d'employés nuise modestement aux conditions d'exercice des CGIPN (66 %). Ce résultat rejoint les constats du Comité national de la main-d'œuvre et de développement du personnel d'encadrement dans une étude effectuée par le MSSS (2009a, 2009b). Le comité conclut que l'augmentation du taux d'encadrement engendre une surcharge de travail liée au nombre d'employés à superviser dans un contexte multisites avec peu de ressources administratives pour les soutenir. Ce fait corrobore directement l'étude quantitative corrélationnelle de Meyer et al. (2011) et l'analyse conceptuelle de l'encadrement des gestionnaires infirmiers qui révèlent qu'un niveau d'encadrement élevé a une incidence directe sur la pratique du leadership et sur la charge de travail du CGIPN. Elles ajoutent qu'un taux d'encadrement trop élevé et inéquitable entre les CGIPN pourrait, à la longue, fragiliser les conditions de travail des CGIPN et nuire à la fidélisation de ces professionnels en gestion des soins ne percevant pas d'améliorations à l'horizon (Brown et al., 2013; Hewko et al., 2014; Skytt et al., 2007). Selon Lee et Cummings (2008), le taux d'encadrement demeure un enjeu crucial pour la satisfaction professionnelle des CGIPN dans un contexte où il y a pénurie de personnel d'encadrement en soins infirmiers à travers le monde. Les conséquences des difficultés de recrutement sont majeures et bien concrètes et la relève infirmière demeure craintive à assumer la supervision du personnel soignant dans des conditions où la pratique de la gestion devient de plus en plus complexe en ce qui a trait à la gestion des ressources et des unités de soins (Brown et al, 2013; Lee & Cummings, 2008; Mayrand Leclerc, 2006; TSN des RUIS en soins infirmiers, 2010). Ce faisant, l'équité ne s'avère pas toujours au rendez-vous en ce qui concerne le taux d'encadrement entre les différents gestionnaires, et ce, tant au sein d'une même organisation qu'entre les différents établissements (Meyer, 2008). À cause d'un taux de plus en plus élevé de supervision des équipes de soins additionné au manque de temps pour évaluer le rendement des employés, l'absentéisme et le stress psychologique des CGIPN n'ont

jamais été aussi élevés, ce qui engendre d'énormes coûts sociaux et accentue les effets néfastes sur la santé émotionnelle des CGIPN (Delmas et al., 2006; Meyer et al., 2011; Shirey, 2006; Udod & Care, 2012). Les restructurations répétitives dans l'organisation du système de santé ont pour effet de créer des environnements hostiles (conflictuels) chez les intervenants et les équipes de gestion des soins infirmiers. De plus, l'étendue de la pratique des CGIPN demeure en constante opposition avec les approches autocratiques et technocratiques des organisations de soins de santé (Fletcher, 2006; Olge, 2004; Pannowitz, 2007), ce qui induit une pression négative sur leur travail. Somme toute, les résultats mettent en évidence que les conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers demeurent un enjeu de taille pour ces professionnels car elles nuisent considérablement à leur QVT de même qu'à l'attraction d'une relève et la rétention des CGIPN en fonction (Hewko et al., 2014).

5.2.8 L'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices

L'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices fut également mentionné par les participants et soulevé lors de l'enquête quantitative comme étant un facteur défavorable qui influence modérément leur QVT ($\bar{x}= 3,52$). Les données statistiques révèlent une corrélation négative entre l'âge et l'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices ($r= -0,162$; $p= 0,007$). Les résultats de notre étude suggèrent qu'il y a aussi une corrélation négative entre les années d'expérience et ce facteur défavorable ($r= -0,118$; $p= 0,048$). Ces deux caractéristiques révèlent que plus les CGIPN sont âgés et possèdent plusieurs années d'expérience, moins l'absence d'accompagnement suffisant devient un facteur important pour leur QVT. Par ailleurs, tant pour les participants novices que pour les seniors en gestion des soins infirmiers, l'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices nuit à leur QVT. Ce dernier facteur défavorable se manifeste par les obstacles à l'intégration des soins infirmiers de même que l'absence de *coaching* et de mentorat dans la transition du rôle d'infirmière soignante à gestionnaire infirmier (Hewko et al., 2014; Wong et al., 2013). Unanimement, les participants interviewés dans le volet qualitatif de notre étude rapportent dans leur témoignage que les CGIPN novices font face à plusieurs barrières telles que l'absence de personnes-ressources, l'accueil parfois mitigé des novices en gestion pouvant engendrer de la démotivation au travail face à leur nouveau rôle et du désillusionnement face

aux défis futurs en gestion, rejoignant ainsi quelques résultats de l'étude pancanadienne mixte de Laschinger et al. (2013) ainsi que celle de Wong et al. (2013).

À ce sujet, notre enquête quantitative corrobore que l'absence d'experts pour soutenir les novices en gestion des soins influence modérément la QVT des CGIPN (67 %). De la même façon, l'inexistence d'un programme d'orientation pour les novices en gestion nuit modérément à leur QVT (64 %). Les résultats de notre étude rejoignent les écrits de plusieurs auteurs (Borbasi, Jones, & Gaston, 2004; Cummings et al., 2008; Ponti, 2009; Richmond, Brook, Hicks, Pimpinella, & Jenner, 2009; Shermont, Krepcio, & Murphy, 2009; Stevenson-Dykstra, 2003; Udod & Care, 2012; Wendler, Olson-Sitki, & Prater, 2009) indiquant que l'on demande aux jeunes gestionnaires d'atteindre rapidement un niveau de performance de gestionnaires seniors, et ce, sans mentorat ou *coaching* managérial. Comme l'indiquent Cummings et al. (2008), avec le manque de CGIPN prévu, combiné au manque d'effectif infirmier actuel a pour effet d'engendrer une surcharge de travail et d'accentuer l'épuisement professionnel et de l'insatisfaction au travail chez les CGIPN.

Tous ces éléments négatifs soulèvent un questionnement quant aux effets néfastes sur la QVT des CGIPN. Par ailleurs, selon les entrevues semi-dirigées et l'enquête en ligne que nous avons menées, il apparaît possible de croire qu'un tel contexte reflète la dysharmonie au travail et constitue une menace à la pérennité de la pratique administrative des services infirmiers pouvant nuire considérablement à l'expérience d'une QVT. Cette dysharmonie au travail rejoint la recherche qualitative descriptive de Keys (2014) et les écrits d'O'Connor et Kotze (2008) ainsi que ceux de Spehar, Frich et Kjekhus (2012) qui révèlent la présence d'obstacles tels que l'accueil mitigé, la déception à l'égard de la fonction, l'inexistence de modèles de rôle en gestion des soins infirmiers ainsi que la méconnaissance des rôles et responsabilités (Surakka, 2008) qui engendrent des barrières à l'intégration de la relève et au recrutement dans ce domaine. Pour leur part, Titzer et al. (2014) rappellent que l'absence de *coaching* et de mentorat dans la transition du rôle d'infirmière soignante à gestionnaire infirmier pourrait affecter la planification de la relève et affaiblir la gouverne. Les résultats qualitatifs et quantitatifs de la présente étude révèlent également que le manque de soutien de

la part du supérieur immédiat et du personnel soignant, l'insécurité au travail, la peur de faire des erreurs dans le cadre de leurs fonctions ainsi que le peu de contrôle dans les décisions engendrant une perte d'intérêt pour un poste de gestionnaire en soins infirmiers. Ces résultats corroborent ceux de plusieurs auteurs (Lee & Cummings, 2008; Sherman, 2005; Udod & Care, 2012; Wong et al., 2013).

En résumé, les résultats de notre étude mettent en évidence que le manque de formation répondant aux besoins des CGIPN additionné au manque d'encadrement des novices en gestion contribuent à créer un sentiment d'incertitude et à nuire à la venue d'une relève compétente en gestion. Ce fait corrobore les conclusions de l'analyse de concept sur la planification de la relève réalisée par Titzer et Shirey (2013). Selon leur analyse, la relève infirmière dans le domaine de la gestion des soins de santé accuse un grand retard. Il appert que 70 % des hôpitaux américains n'ont pas de plan pour la relève. Elles ajoutent que le manque d'intérêt des infirmières novices pour la gestion des services infirmiers risque d'accentuer la crise de la gouverne et de rendre plus difficile le recrutement pour les postes de CGIPN. Ce faisant, les résultats de la présente étude permettent d'identifier les éléments qui risquent de mettre un frein au développement de la QVT des CGIPN, ce qui a le potentiel de mettre en péril la venue de la nouvelle génération de gestionnaires et d'affaiblir considérablement la gouverne de soins au sein du réseau de la santé (Sherman, 2005).

En somme, l'originalité de notre étude réside dans une meilleure compréhension de la signification de l'expérience de la QVT et des facteurs susceptibles de l'influencer, de même que de l'expérience d'absence de la QVT et des facteurs qui lui sont propres. Certains aspects qui ressortent de notre étude enrichissent les savoirs existants dans les écrits scientifiques alors que d'autres s'ajoutent au corpus de connaissances. Soulignons qu'aucune étude portant sur l'accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers n'a, jusqu'à maintenant, établi de lien direct avec le phénomène de la QVT chez les CGIPN. Il s'agit donc d'un aspect novateur de la présente étude en administration des services infirmiers. Enfin, les connaissances générées dans le cadre de cette recherche fournissent des orientations intéressantes favorisant ainsi la QVT des CGIPN (novices et seniors) et la santé organisationnelle du réseau de la santé

(Wong et al., 2013). Tant sur les plans méthodologique et théorique, les résultats qualitatifs et quantitatifs qui ont émergé dans le cadre de notre étude mixte fournissent une avancée précieuse en termes de connaissances dans la description, la compréhension du concept de la QVT des CGIPN œuvrant dans les établissements de santé québécois. La prochaine section porte sur les considérations méthodologiques et théoriques à la présente recherche.

5.3 Considérations méthodologiques

Jusqu'à maintenant, et à notre connaissance, peu d'études ont examiné la qualité de vie au travail des CGIPN œuvrant dans les divers établissements de santé à l'échelle internationale, et plus précisément au Québec, selon une perspective mixte en recherche. Dans le cadre de ce devis mixte séquentiel exploratoire, la phénoménologie descriptive de l'Investigation relationnelle *caring* (IRC) (Cara, 1997; O'Reilly & Cara, 2014) comme méthode dans la première phase a permis de décrire et comprendre la signification expérientielle de la QVT et de l'absence de la QVT pour des CGIPN travaillant en Centre hospitalier affilié à une université québécoise. À partir des résultats qualitatifs de type phénoménologique, la deuxième phase visait à élaborer un nouvel instrument de mesure qui, par la suite, a fait l'objet d'un prétest auprès de CGIPN en Centre de santé et des services sociaux et en Centre hospitalier universitaire. Enfin, la troisième phase a permis de réaliser une enquête quantitative à l'aide du nouveau questionnaire pour identifier les facteurs ayant le plus d'influence positive et négative sur la QVT des CGIPN œuvrant dans les divers établissements de santé à l'échelle de la province.

La pierre angulaire de ce type de devis est qu'il a été possible de combiner des approches phénoménologiques qualitatives et des approches quantitatives tout en respectant les positions épistémologiques relatives à chacune des approches et les prémisses du paradigme pragmatique pour répondre systématiquement aux objectifs et aux questions de recherche (Creswell, 2014; Halcomb & Andrew, 2009). D'un point de vue méthodologique, il apparaît nécessaire de souligner la complémentarité des données qualitatives et quantitatives recueillies, et ce, en fonction de la problématique du phénomène étudié, des objectifs et des questions de recherche de la présente étude.

D'un point de vue épistémologique, cet arrimage (qualitatif phénoménologique et quantitatif corrélationnel) a permis un élargissement des connaissances car les différentes méthodes utilisées ont mis l'accent sur les différents aspects du phénomène de la QVT (Mayoh & Onwuegbuzie, 2015). Un effort rigoureux pour reconnaître la perspective du chercheur quant au phénomène et aux données en utilisant le *bracketing* (Giorgi, 2009; Cara, 1997) a été respecté intégralement. Le *bracketing* constitue la première phase de la réduction phénoménologique et a permis au chercheur de documenter ses préconceptions, ses croyances, ses valeurs et son expérience relativement au phénomène étudié tel que recommandé par Mayoh et Onwuegbuzie (2015). Ces mêmes auteurs soutiennent que la réduction phénoménologique husserlienne peut s'arrimer avec les méthodes quantitatives sur la base de rapprochements axiologiques permettant l'identification d'un seul objectif de recherche. L'utilisation de la pensée inductive a permis l'élaboration d'un nouvel instrument de mesure à partir des données qualitatives phénoménologiques pour répondre aux deux dernières questions de recherche de l'enquête quantitative qui renvoie à la pensée déductive. L'utilisation séquentielle des deux méthodes a mis en relief une description et une compréhension approfondie et riche de la signification de l'expérience vécue du phénomène de la QVT auprès des CGIPN qui a, par la suite, permis l'identification des divers facteurs susceptibles d'influencer la QVT des CGIPN (Creswell & Plano Clark, 2007/2011). Finalement, l'intégration des données des différentes méthodes utilisées s'est faite lors de l'interprétation et la discussion des résultats en corroborant les écrits scientifiques.

5.4 Considérations théoriques

En plus de la contribution théorique provenant des résultats qualitatifs et quantitatifs sur la QVT, il faut également mentionner l'apport théorique qui émane de la thèse en regard de la perspective humaniste du *Human caring* de Watson (2008b, 2012). À ce sujet, la perspective disciplinaire de la philosophie du *Human caring* de Watson (2008a, 2012) a inspiré l'investigateur lors de la réalisation des différentes étapes de la recherche, entre autres, les collectes et les analyses des données de même que durant la discussion des résultats de la recherche. Plus précisément, certains facteurs caratifs qui sous-tendent la perspective disciplinaire du *caring* de Watson (2006b, 2008b, 2012) ont servi pour l'opérationnalisation

du *caring* et pour l'élaboration d'une conceptualisation humaniste de la QVT qui fut proposée et qui a fait l'objet d'un article théorique au quatrième chapitre de cette thèse doctorale. Cara (2010) et Watson (2008b) affirment que le *caring* nécessite un engagement esprit-corps-âme basé sur l'idéal moral dont le but ultime vise le respect, la dignité de la personne et la préservation de la dignité humaine. Ainsi, et en accord avec ces auteures, le concept de la relation de *caring* transpersonnel amène le CGIPN et la haute direction à aider ses collègues à percevoir leur condition humaine ainsi qu'à partager, dans la dignité, les sentiments et les pensées positives et négatives qu'ils veulent exprimer. Cette ontologie de la relation thérapeutique se traduit par une relation transpersonnelle de *caring*. Cette relation transpersonnelle correspond à une façon d'être avec soi-même et avec les autres, en étant authentiquement présent à l'autre et à ses besoins (Cara, 2010; O'Reilly, 2007; Watson, 1999, 2011). Par exemple, la relation transpersonnelle peut permettre à l'infirmière gestionnaire de niveau supérieur d'accompagner le CGIPN, d'être avec lui et de l'aider à mieux décrire et comprendre l'expérience de sa QVT, contribuant également à son bien-être. Ainsi, l'infirmière gestionnaire de niveau supérieur est alors vue comme coparticipante au processus de soins humains à l'égard du CGIPN. D'ailleurs, certains auteurs (Cara, 2003a, 2003b, 2008a, 2010; Cara & Brousseau, 2011; Cara et al., 2011; O'Reilly, 2007; O'Reilly & Cara, 2014; O'Reilly, Cara, Avoine, & Brousseau, 2011; Watson, 1988, 2005, 2006a, 2008a, 2008b, 2012) affirment que la philosophie humaniste du *caring* constitue l'essence même de la pratique infirmière.

L'influence de la perspective disciplinaire du *caring* de Watson (2008a) dans la présente recherche rejoignait directement le choix méthodologique, notamment la méthode phénoménologique de l'Investigation relationnelle *caring* (Cara, 1997, 2002; O'Reilly & Cara, 2014), soit celle de créer une mutualité dans la relation chercheur-participant durant tout le processus de la collecte et l'analyse des données. Centrale à la discipline infirmière (Cara, 2003a, 2003b, 2010; Watson, 2005, 2008a, 2011, 2012), la philosophie du *caring* a guidé la démarche scientifique des trois phases de la présente recherche qui, par conséquent, a contribué au développement de nouvelles connaissances en sciences infirmières en plus d'apporter un regard plus humaniste en matière de QVT des CGIPN œuvrant en administration des services infirmiers.

5.5 Les limites de la recherche

Différentes stratégies ont été utilisées pour assurer la rigueur et la plus haute qualité du processus suivi pour cette recherche incluant les critères de scientificité (Cara, 1997; Lincoln & Guba, 1985; O'Reilly & Cara, 2014; Whitemore et al., 2001) pour la méthode qualitative phénoménologique privilégiée ainsi que les critères de rigueur (Tabachnick & Fidell, 2013) propres au volet quantitatif qui fut préconisé dans le cadre du devis mixte séquentiel exploratoire. En contrepartie, il faut mentionner que l'étude comporte certaines limites.

Une de ces limites concerne l'absence de validation d'une entrevue semidirigée auprès d'un des 14 participants du premier volet de l'étude. Ainsi, il nous a fallu aller au-delà de la stricte description du phénomène en procédant à une interprétation des métaphores exprimées à maintes reprises par ce participant, durant l'entrevue. Cette limite fut partiellement palliée par une lecture et relecture de l'entrevue ainsi que par les échanges et la validation auprès des directeurs de recherche. Par ailleurs, il est possible que le milieu hospitalier universitaire, dans lequel s'est déroulée la phase qualitative de notre étude, soit plus ou moins représentatif des autres établissements, comme les CSSS, étant donné que les contextes diffèrent d'un établissement à l'autre. Par conséquent, la description détaillée de l'échantillon et du contexte dans lequel s'est tenue la première phase de recherche peut favoriser la transférabilité des résultats dans la mesure où les CGIPN des autres établissements s'y reconnaissent. Cependant, il est possible de se questionner sur la transférabilité de certains résultats à d'autres contextes même si celui-ci fut décrit en détails dans la première phase et même s'ils présentent des caractéristiques similaires à notre recherche car, en principe, la transférabilité des résultats en phénoménologie n'est normalement pas possible, affirme Giorgi (2009). De plus, il est possible que la désirabilité sociale face à la QVT et à l'absence de celle-ci ait pu influencer les 14 CGIPN de la phase qualitative (Collins, Shatell, & Thomas, 2005). Ainsi, une attention particulière a néanmoins été portée durant les entrevues semidirigées afin de s'assurer que les CGIPN comprennent bien et qu'ils soient entièrement à l'aise de partager leur perspective et leur expérience avec le chercheur de par son ouverture à l'autre (Cara, 1997; Collins et al., 2005). De plus, lors d'une des 14 entrevues semidirigées, un bris au niveau de l'enregistrement est survenu faisant en sorte que les réponses aux deux premières questions

issues du guide d'entretien n'ont pas été enregistrées. Il a fallu alors reprendre l'entrevue afin que le participant réponde de nouveau aux deux premières questions du guide d'entrevue. L'investigateur avait toutefois noté plusieurs informations relatives à l'entrevue de ce participant afin d'éviter de perdre des données qualitatives. Bien que des mesures aient été prises en ce sens, le bris d'enregistrement et la reprise de cette partie de l'entrevue a pu avoir un effet sur les résultats obtenus pour ce participant, telle que l'omission d'informations issues de la première rencontre. Il importe de noter que la méthode qualitative de l'Investigation relationnelle *caring* (IRC) (Cara, 1997; O'Reilly & Cara, 2014) fut propice à la cueillette de données de qualité dans un milieu où il y avait présence de mutualité dans la relation chercheur-participant en favorisant l'établissement d'un lien de confiance entre eux. Précisément, les participants disent s'être sentis écoutés durant les entrevues par l'investigateur. En plus, certains ont ouvertement exprimé au chercheur leur confiance sachant que les informations recueillies allaient demeurer confidentielles et ne servir que pour des fins de recherche.

Dans la seconde phase de l'étude, une attention particulière a été portée lors de l'élaboration et de la validation du nouvel instrument de mesure réalisé auprès de 22 CGIPN et utilisé, dans la troisième phase, auprès d'un échantillon de 291 répondants. En dépit de ses limites, l'instrument de mesure, intitulé « les facteurs influençant la QVT des CGIPN en établissements de santé », comporte des qualités psychométriques intéressantes avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,93 dans la seconde phase et de 0,95 dans la troisième phase. Dans la deuxième phase, la consistance interne de deux facteurs favorables présentent, pour leur part, des données questionnables soit : $\alpha = 0,63$ et $\alpha = 0,68$ et deux facteurs défavorables obtiennent des scores plus faibles à savoir $\alpha = 0,46$ et $\alpha = 0,59$ (Tabachnik & Fidell, 2013). Ces faibles résultats de concordance, représentant une limitation à l'étude, s'expliquent par le nombre restreint d'énoncés (entre 1 et 11) pour chacun des facteurs favorables et défavorables (Tabachnik & Fidell, 2013). De plus, le fait que seulement 22 CGIPN, soit 11 en CSSS et 11 en CHU, aient validé le contenu et les réponses de l'instrument de mesure, ajouté au fait qu'aucune analyse factorielle ne fut réalisée, contribuent aussi à ces limites (Tabachnik & Fidell, 2013). De plus, il importe d'indiquer que les données recueillies

dans la deuxième phase doivent être jugées et appréciées avec une grande prudence. Pour ce faire, une analyse factorielle de l'instrument de mesure et une validation transculturelle aurait permis d'apporter des précisions supplémentaires relativement à certaines qualités psychométriques du nouvel instrument de mesure (questionnaire) (Tabachnick & Fidell, 2013).

Pour ce qui est de la troisième phase, le taux de réponse de l'enquête en ligne fut de 38,7 %, ce qui peut sembler faible. Cependant, ce taux est 10 % plus élevé que ce que l'on retrouve dans la majorité des écrits scientifiques (Dillman et al., 2009). De plus, il est intéressant de noter que les CGIPN ayant participé aux trois phases de la recherche ont sensiblement le même profil sociodémographique (âge, genre et lieu de pratique); ce profil est aussi comparable à celui des données statistiques sociodémographiques obtenues par l'OIIQ (2014). Ce faisant, la représentativité des répondants de la troisième phase pourrait permettre la généralisation des résultats sur la base des caractéristiques des CGIPN œuvrant dans les établissements de santé. Bien que notre étude ne visait pas à prédire la QVT ni sa causalité, elle a toutefois permis d'expliquer les relations entre les variables nommées préalablement. De plus, cette limite demeure toutefois acceptable au stade actuel qui se voulait uniquement exploratoire.

Hormis ces limites, la présente recherche a respecté les critères de scientificité et de qualité présentés en détail dans le chapitre méthodologique. Elle propose de nouvelles connaissances, développées rigoureusement, permettant de mieux comprendre le phénomène, de proposer un nouvel outil de mesure ainsi que l'identification des facteurs favorables et défavorables qui sont susceptibles d'influencer la QVT des CGIPN travaillant dans les diverses organisations de la santé au Québec. Les implications qui émanent de ces nouveaux savoirs sont présentées dans la prochaine section pour les quatre domaines de la pratique infirmière.

5.6 Implication pour les quatre domaines de la pratique infirmière

Les résultats de la présente étude ont permis de dégager des pistes de solutions concrètes qui visent à assurer la pérennisation de la QVT des CGIPN selon une perspective humaniste en sciences infirmières (Watson, 2008b, 2012). Ces pistes de solutions sont présentées pour quatre des cinq domaines de la pratique infirmière soit : l'administration, la formation, le sociopolitique et la recherche.

5.6.1 Implications pour l'administration

Les résultats obtenus montrent d'abord que le leadership et les habiletés politiques, de même que l'amélioration de la qualité des soins infirmiers s'avèrent des éléments primordiaux pour assurer la QVT des CGIPN. Les résultats de notre étude mettent en évidence l'importance pour les administrateurs de développer des stratégies pour promouvoir une pratique de leadership authentique et empreinte d'ouverture à la transformation et à l'innovation au sein des équipes en administration des services infirmiers. Pour que cela soit réalisable, les administrateurs du réseau de la santé doivent en faire un objectif essentiel pour garantir la qualité de l'environnement de travail de même qu'assurer une prestation sécuritaire et de qualité des soins. Pour ce faire, la haute direction devrait donner aux CGIPN le pouvoir et l'autonomie décisionnels inhérents à la fonction de gestion en soins infirmiers de premier niveau (Montalvo, 2015; Paliadelis, 2008). Il ne fait aucun doute qu'une plus grande reconnaissance du leadership du CGIPN et sa plus grande participation aux décisions en matière d'organisation des soins, vont lui permettre d'atteindre ses objectifs et une meilleure qualité de soins (Antrobus, 1997; Brown et al., 2013; Hewko et al., 2014; Udod & Care, 2012) tout en affectant positivement sa QVT. Comme l'indique Paliadelis (2006, 2008), les CGIPN ont besoin d'être entendus et soutenus par leur supérieur immédiat pour exercer adéquatement leur leadership en tant que gestionnaire en soins infirmiers. En accord avec l'ANA (2009) et Paliadelis (2008), les CGIPN ont besoin de savoir qu'ils bénéficient d'un soutien à leur leadership et que leur supérieur immédiat favorise leur émancipation au sein d'une structure de pouvoir formel et décisionnel leur permettant d'initier des projets ainsi que les changements nécessaires pour améliorer la prestation sécuritaire des soins au sein de leur service.

Deuxièmement, les résultats obtenus mettent en évidence que les administrateurs ont la responsabilité d'assurer un environnement de travail où les conditions sont réunies afin de promouvoir l'humanisation organisationnelle. Ainsi, nos résultats pourront permettre, en collaboration avec les CGIPN du réseau de la santé, l'élaboration de standards de pratique en gestion des soins infirmiers. Ce faisant, le développement de ces standards de pratique pourrait permettre de mieux définir la fonction de CGIPN, de clarifier les rôles et responsabilités de ces professionnels sur les plans individuel, organisationnel et extra-organisationnel. Ces standards de pratique en gestion pourraient aussi proposer une description de l'étendue de la pratique en administration des services infirmiers composée de plusieurs éléments : cadre de pratique infirmier en gestion, certification et formation, *coaching* et mentorat structurés, culture organisationnelle, développement des ressources, éthique, humanisation, évaluation du personnel, influence politique, leadership, prestation sécuritaire des services, qualité des soins infirmiers et ratio d'encadrement de personnel. De plus, ces normes de pratique toucheraient également les valeurs humanistes qui sous-tendent la pratique administrative, les aspects technologiques et les éléments qui favorisent la QVT auprès des équipes de gestion. Ainsi, les CGIPN actuels et futurs pourront mieux faire face aux défis du réseau de la santé (ANA, 2009).

Tant le volet qualitatif que quantitatif de notre étude mettent en évidence que l'humanisation organisationnelle comporte des éléments bénéfiques et tangibles pour attirer la relève en gestion des soins de même que pour retenir les seniors à l'intérieur de l'organisation (Aktouf, 2002, 2006; Arbuckle, 2013; Brown et al., 2013; Cara, 1997, 2008a; Hewko et al., 2014; Nyberg, 1998; Todres et al., 2009; Watson, 2006a, 2006b; Williams et al., 2011). Pour renforcer le rôle des CGIPN et leur émancipation, les administrateurs et la haute direction devraient faire la promotion d'un leadership humaniste sous l'angle du *caring* de même que d'un milieu de travail empreint de pratiques humanisantes. De plus, les résultats de notre étude portant sur les éléments propices à l'humanisation organisationnelle pourrait éventuellement servir de base pour l'élaboration d'une politique nationale basée sur l'humanisation des organisations rejoignant celle qui a été mise en place au Brésil à la fin des années '90 [National Humanization Policy] (NHP) (Pasche, 2009). En mettant l'accent sur ces éléments,

il demeure loisible de croire qu'ils vont contribuer à améliorer la QVT des CGIPN de même qu'à favoriser une stabilité accrue et profitable au sein des équipes de gestion des soins infirmiers (Cara & Brousseau, 2011; Williams et al., 2011). Par ailleurs, nos résultats mettent en relief que la pratique du leadership et l'actualisation des habiletés politiques des CGIPN gagneraient à être renforcées de manière à encourager la mise en place d'actions concrètes concertées pour promouvoir des organisations de santé humanistes favorables à la QVT qui auront des conséquences favorables et ce, pour tous les acteurs du réseau de la santé, y compris la clientèle.

Les données obtenues dans les trois phases de notre étude révèlent aussi que les cadres supérieurs et intermédiaires doivent planifier la succession de la relève en gestion des soins infirmiers. Les décideurs politiques, en collaboration avec les milieux, devront évaluer les besoins en matière de planification stratégique pour la relève des cadres en ciblant, par exemple, les compétences de leadership nécessaires chez les infirmières qui voudront en assumer la fonction (Ponti, 2009; Titzer et al., 2013). Pour leur part, Bondas (2009) de même que Titzer et al. (2014) considèrent qu'une planification structurée de la relève des CGIPN intégrée au plan stratégique de l'organisation peut fournir une méthode proactive pour identifier et développer la relève infirmière en gestion. Mentionnons aussi qu'un accompagnement planifié, proactif et structuré s'avère crucial pour l'avenir, la survie de l'administration des services infirmiers ainsi que pour la gouverne des soins (Shirey et al. 2013; Titzer et al. 2013). De la même façon, Dellve et Wikström (2009), dans leur étude de théorisation ancrée auprès de 39 CGIPN en Suède, affirment qu'un programme structuré de planification pour appuyer la relève devient plus que nécessaire dans un contexte où il devient de plus en plus difficile de gérer une unité ou un service dans des environnements de soins complexes. Pour leur part, Laschinger et al. (2013), dans leur volet quantitatif et qualitatif d'une étude mixte pancanadienne sur les aspirations des infirmières canadiennes dans un rôle de gestion, concluent que les organisations de santé doivent rapidement introduire un programme d'orientation structuré pour les nouvelles recrues en gestion des soins en mettant en place des activités facilitant l'intégration de ces dernières dans leurs fonctions de gestionnaires. Ces auteurs ajoutent que les infirmières jugent important qu'on les prépare

adéquatement quant aux habiletés de leadership pour assumer correctement leur rôle. En outre, Wong et al. (2013) soutiennent, dans leur étude qualitative (groupe focalisé) à l'échelle pancanadienne auprès de 125 infirmières, que les multiples encouragements des pairs, le développement des habiletés en gestion de même que la reconnaissance intrinsèque (e.g. autonomie professionnelle) et extrinsèque (e.g. rémunération salariale) du leadership infirmier par les cadres supérieurs demeurent des aspects positifs qui incitent les infirmières à faire carrière en gestion des soins infirmiers. À ce sujet, la reconnaissance pour les infirmières novices en général demeure indéniable pour celles issues de la génération Y, car elle procure un sentiment de plaisir (Lavoie-Tremblay et al., 2010).

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente recherche énoncent clairement l'importance pour les décideurs et les cadres supérieurs de soutenir et de mettre rapidement en place un programme d'accompagnement personnalisé et structuré pour les CGIPN. Ce programme d'accompagnement pourrait inclure la formation continue, le mentorat ainsi que le *coaching* formel et structuré afin d'assurer le maintien de même que le développement de l'expertise infirmière en administration, et ce, dans le but de prévenir l'effritement de la gouverne en administration des services infirmiers (Kelly et al., 2014; Keys, 2014; Laschinger et al., 2013; Udod & Care, 2012; Wong et al., 2013). Comme le soutiennent divers chercheurs (Keys, 2014; Shiparski & Authier, 2013; Shirey et al., 2013; Titzer et al., 2014), pour assurer la relève en gestion des soins infirmiers, les décideurs ont le devoir de développer un programme d'orientation structuré pour mieux encadrer les CGIPN ainsi que les accompagner dans les différentes facettes de leurs nouveaux rôles et responsabilités.

En accord avec les chercheurs cités précédemment, les résultats de notre étude mettent en évidence que la profession infirmière a besoin de chefs de file en gestion des soins pour répondre aux besoins de plus en plus complexes des établissements de santé. Somme toute, bien que ce résultat de notre étude influence modérément la QVT des CGIPN en général, il n'en demeure pas moins que l'accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers constitue tout de même un facteur favorable à la QVT et à l'attraction des novices dans ce domaine de la pratique (Hewko et al.,

2014; Laschinger et al., 2013; Wong et al., 2013). Qui plus est, c'est à l'intérieur de cette planification que les cadres supérieurs devront cibler les candidats qui présentent les aptitudes nécessaires pour assumer de futurs postes de CGIPN au sein de l'organisation (Wendler et al., 2009). Pour favoriser le développement professionnel de la relève infirmière en gestion, notons la création d'un programme de mentorat basé sur des valeurs humanistes du *caring* (collaboration, confiance, compassion, présence, respect) permettant une transition progressive et en douceur d'un rôle de soignant à gestionnaire infirmier (Cara et al., 2015; Varney, 2009; Wagner & Seymour, 2007). C'est en créant ces programmes de mentorat que les CGIPN pourront aller de l'avant en s'adaptant aux changements organisationnels et en se sentant valorisés dans leurs nouvelles fonctions (Zwink et al., 2013). Outre le mentorat formel en gestion, le *coaching* transformationnel (Crane, 2010) et personnalisé, répondant aux besoins des CGIPN novices, offre également une plateforme intéressante pour faciliter leur apprentissage de la gestion au cours des cinq premières années en administration des services infirmiers de façon à renforcer et à reconnaître leurs compétences en matière de leadership. Comme le suggère les travaux de Benner (1984/2001) portant sur l'acquisition et le développement des compétences, la personne qui débute un nouvel emploi dans son domaine de pratique passe généralement par cinq stades successifs soit : 1) le novice, 2) le débutant, 3) le compétent, 4) le performant et 5) l'expert. Toutefois, ce ne sont pas tous les professionnels qui atteignent le stade d'experts.

5.6.2 Implications pour la formation

En ce qui a trait à la formation, les résultats de la présente étude mixte suggèrent que le soutien au développement des compétences et des connaissances entourant le leadership de même que le rôle de gestionnaire infirmier passe par une organisation apprenante et par l'apprentissage expérientiel, ce qui améliore et influence positivement la QVT des CGIPN. En effet, la création d'espaces d'échanges réflexifs pour amener les CGIPN à renforcer leurs liens harmonieux et collaboratifs pouvant permettre d'identifier des avenues pour résoudre les problématiques vécues en gestion en vue d'apporter des améliorations novatrices dans leur pratique administrative (Baldwin, 2008; Estrada, 2009) tout en affectant positivement leur QVT.

Les administrateurs et les décideurs politiques en soins infirmiers devraient rapidement traiter de l'importance du rehaussement du niveau de compétences et des habiletés des CGIPN. Ce niveau de compétences transversales touche principalement les savoirs infirmiers ainsi que les savoirs administratifs (Cara, 2008a). Pour y arriver, un plan de développement professionnel en gestion pourrait être développé sur la base des résultats de cette étude; la préparation de la prochaine génération de CGIPN gagnerait à passer par l'élaboration d'un programme national de formation continue (présentiel et en ligne) afin de répondre aux besoins des CGIPN en leur offrant une boîte à outils en gestion (Crosby & Shield, 2010; Keys, 2014). À partir de ce programme, ces derniers seront en mesure de cibler les types de formation complémentaire (autres que le programme de relève des cadres) qui répondent aux valeurs intergénérationnelles afin d'être mieux qualifiés en vue d'exercer pleinement leurs rôles et responsabilités (Crosby & Shield, 2010; TSN du RUIS, 2010). Ainsi, les CGIPN pourront apprendre comment résoudre les problèmes de gestion selon une approche de communication ouverte et dans le respect des personnes, mettant ainsi en valeur leurs talents et en étant reconnus comme faisant partie intégrante de l'organisation. Mentionnons aussi que pour promouvoir la QVT, les organisations doivent mettre en place une véritable culture du savoir afin que les CGIPN puissent exercer leur pratique en la basant sur les évidences scientifiques pour mieux comprendre, reconnaître et répondre aux problèmes de gestion (Mayrand Leclerc, 2010a, 2010b).

Plus spécifiquement, les données qualitatives et quantitatives recueillies dans le cadre de notre étude mettent en évidence l'importance d'instaurer des activités d'échanges basés sur la réflexivité en groupe, sous forme de codéveloppement (Keys, 2014). Concrètement, le codéveloppement prévoit des plages de rencontres entre les différents gestionnaires du milieu de travail afin d'identifier les problèmes et participer à l'élaboration de solutions. Ces activités offrent aux CGIPN l'occasion de mettre en commun leurs expériences vécues en gestion en prenant appui sur les diverses connaissances (expérientielles, modèles théoriques) (Titzer & Shirey, 2013; TSN du RUIS, 2010). Ces activités d'échanges entre CGIPN pourraient être réalisées en collaboration avec les maisons d'enseignement universitaire en intégrant certains facteurs favorables et défavorables à la QVT qui émanent de nos résultats. Ce type d'activités

encourage le partage d'expériences et stimule la réflexion personnelle à l'intérieur d'un groupe de discussions sous forme d'un club de lecture ou à travers une démarche de *coaching* et mentorat formel structuré (Mayrand Leclerc, 2010b; Titzer et al., 2014). Par exemple, les CGIPN pourraient échanger entre eux sur le processus d'amélioration des pratiques de gestion telles que le leadership, le sens politique, le processus décisionnel, les résultats de soins, la gestion des ressources ou encore, la résolution de conflits, en identifiant des avenues novatrices pour résoudre les problèmes spécifiques à la thématique choisie (Brown, 2010; Brown et al., 2013; Karsten et al., 2010; Laschinger et al., 2013).

Il semble également nécessaire de se doter d'outils de sélection permettant d'évaluer le potentiel de gestion et de leadership de façon à identifier clairement les candidats qui ont du potentiel et de permettre l'amorce, dès l'embauche, d'un plan de développement des compétences adapté ainsi que de se doter d'un programme de formation individualisé et personnalisé (Marchand & Morais, 2009; Mayrand Leclerc, 2010b) en tenant compte des besoins spécifiques du futur CGIPN. En nommant clairement les objectifs de formation qu'ils jugent primordiaux pour assumer une étendue optimale de la pratique de gestion, les CGIPN pourront mieux situer leur contribution en termes de connaissances et de compétences.

Une attention particulière doit aussi être apportée à la formation des CGIPN à des modèles théoriques en sciences infirmières tels que la philosophie du *Human caring* de Watson (2005, 2008a, 2011, 2012). En collaboration avec les maisons d'enseignement universitaire et à partir de nos résultats, il serait ainsi pertinent d'intégrer les principes de l'humanisation dans le cadre de leur pratique professionnelle. S'inspirant des postulats du *caring* de Watson (2008a, 2012) et de la conceptualisation humaniste développée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011), un modèle humaniste adapté à la gestion des soins pourrait éventuellement être intégré dans le cadre de la formation universitaire en gestion, qui sont requises en gestion, afin de pouvoir les appliquer sur le terrain.

De plus, il appert important, à la lumière des résultats de cette étude, qu'il ne suffit pas de développer ses compétences en gestion, mais également de maximiser les compétences humaines en intégrant le modèle humaniste en gestion dans le cursus universitaire aux premier et second cycles afin de conscientiser les futurs CGIPN aux bénéfices, pour leur QVT, que constitue l'humanisation organisationnelle et des soins (Cara, 2008a; Cara & Brousseau, 2011; Graber, 2009; Watson, 2009a, 2009b). La plupart des résultats obtenus dans cette recherche, en ce qui a trait aux éléments propices à l'humanisation organisationnelle, pourraient aussi se situer dans le cadre de la révision du programme de relève des cadres en santé, ce qui aiderait les CGIPN à mieux comprendre les avantages de ce concept pour leur QVT et à assurer un développement optimal de leur leadership afin d'influencer favorablement les équipes de soins lors de changements au sein de leur service. Ainsi, l'intégration de l'approche du *caring* de Watson (2008a) dans la pratique professionnelle des CGIPN de même que l'adoption de pratiques de gestion empreintes d'humanisme contribueront certainement à mieux répondre aux exigences de travail en gestion, à attirer et à retenir la relève infirmière (Cara & Brousseau, 2011; Cara et al., 2011; Nyberg, 1998; Olender, 2013). En terminant, il pourrait être pertinent de développer des activités de formation accréditées par l'organisation ou par l'OIIQ portant sur les divers concepts en gestion dont l'action politique, le leadership, les stratégies de négociation, les ressources humaines, financières et informationnelles, la gestion de conflits et du changement. En prenant appui sur leurs nouvelles connaissances acquises, les CGIPN pourront ainsi démontrer les aptitudes et habiletés en administration des services infirmiers.

5.6.3 Implication pour le volet sociopolitique

Dans un contexte de réformes structurelles du réseau de la santé (MSSS, 2015), les décideurs politiques et les nouveaux administrateurs du réseau de la santé ont tout intérêt à reconnaître les forces sociopolitiques en présence au sein des équipes de gestion de soins. À ce sujet, les résultats qualitatifs et quantitatifs de notre étude ont fait ressortir que les CGIPN s'attendent à obtenir plus de pouvoir décisionnel et à participer activement aux prises de décisions concernant les soins infirmiers. Ils souhaitent être consultés pour leur expertise clinique et de gestion pour améliorer la qualité des services de même que pour la planification

des effectifs infirmiers sur leur département ou service de soins. Cela exige une volonté politique des administrateurs pour décentraliser le pouvoir décisionnel vers les CGIPN afin qu'ils assument et appliquent plus librement leur leadership au regard des processus décisionnels en ce qui a trait aux soins de santé. Pour que cela soit réalisable, il est suggéré de prendre un virage paradigmatique vers une bureaucratie plus souple et qui soit ouverte à l'humanisation organisationnelle (Aktouf, 2006; Arbuckle, 2013; Cara, 2008a; Cara & Brousseau, 2011; Cara et al., 2011; Todres et al., 2009), ce qui contribuerait à assurer le bien-être et la QVT des CGIPN. Comme indiqué dans notre étude, il ne fait pas de doute que les habiletés politiques de l'ensemble des CGIPN gagneraient à être renforcées afin d'encourager la mise en place d'actions politiques concertées pour promouvoir des environnements de travail humanistes et favorables à la QVT de ces professionnels.

Les préoccupations exprimées dans le cadre de cette étude et relatives à la déshumanisation organisationnelle en santé et à la détérioration des conditions d'exercice des CGIPN ne datent pas d'hier mais la conjoncture économique des dix dernières années a contribué à l'accentuer (Cara, 2008a; Cara & Brousseau, 2011; Roch, Roy, Dallaire, & Robinette, 2011). Plusieurs recherches affirment que les aspects relationnels du soin furent occultés par des décisions purement économiques et comptables. Ce constat suggère l'urgence de développer une politique provinciale et nationale d'humanisation des soins et des services de santé, inspirée de celle adoptée par le Brésil à la fin des années '90. Cette politique a permis de résoudre certains problèmes et d'améliorer les pratiques professionnelles de même que la qualité des soins, ce qui a contribué à éliminer les irritants à l'intérieur du système de santé brésilien (Pashe, 2009).

Nos résultats portant sur les notions de leadership et d'habiletés politiques suggèrent l'urgence de maintenir et d'optimiser la QVT des CGIPN en la combinant à une gestion efficace des effectifs en administration des services infirmiers. Les aspects favorables à la QVT des CGIPN demeurent un enjeu organisationnel de taille qui ne peut être optimisé sans une action concertée des forces sociopolitiques en présence. L'utilisation d'un cadre de référence d'analyse politique (Hewison, 2007; Montalvo, 2015) pour les gestionnaires

infirmiers, basé sur les concepts centraux de la discipline pourrait permettre de moduler les politiques de santé et la pratique infirmière. Pour que ce soit réalisable, les CGIPN doivent développer des mécanismes pour acquérir des habiletés politiques d'influence pour mieux saisir les enjeux stratégiques de négociation et avoir un agenda rigoureux et structuré donnant une direction claire pour l'amélioration de la qualité des soins à partir de propositions et d'orientations visant l'humanisation des soins et des services de santé (Antrobus, 1997; Antrobus & Kitson, 1999; Boswell, Cannon, & Miller, 2005).

En accord avec Antrobus et Kitson (1999), les CGIPN doivent aussi développer une panoplie d'habiletés politiques qui reposent sur les éléments suivants : un pouvoir d'influence, un stratège infirmier visionnaire, un développeur de savoirs infirmiers en gestion, un gestionnaire infirmier réflexif et un communicateur influant auprès de ses pairs. Combinés aux écrits de Antrobus et Kitson (1999), de Chinn (2013) et de Montalvo (2015) sur l'influence politique en soins infirmiers, les résultats de notre étude proposent également que l'on encourage les CGIPN à se positionner sur les dossiers de soins auprès des administrateurs d'établissements, à utiliser et à transposer la valeur ajoutée des connaissances issues des sciences infirmières à une plus grande échelle au sein du réseau de la santé. Le développement de ces mécanismes va permettre aux CGIPN d'acquérir un plus grand pouvoir d'influence en tant que gestionnaires auprès des décideurs politiques tout en leur permettant de se doter d'une voix politique (Montalvo, 2015).

À propos de la capacité politique des CGIPN, il nous apparaît souhaitable que les milieux de soins assurent un investissement continu dans le leadership politique infirmier dans le but d'influencer et de façonner la pratique de la gestion ainsi que le développement de politiques en matière de soins de santé. La poursuite de carrières en sciences infirmières qui intègrent tous les domaines de la pratique requiert davantage d'études sur la façon de s'engager dans l'arène politique et sur le pouvoir d'influence infirmier (Antrobus, 1997; Antrobus & Kitson, 1999; Dallaire, 2008; Ferguson & Drenkard, 2003; Montalvo, 2015). Tant aux niveaux organisationnel, personnel que professionnel, les résultats qualitatifs et quantitatifs de la présente étude mettent en évidence l'importance, pour les CGIPN, d'acquérir

des compétences politiques, comme prérequis en gestion, pour le développement d'outils, pour l'analyse politique, pour mieux identifier les décideurs qui détiennent le pouvoir pour ainsi établir les alliances stratégiques nécessaires. Les compétences permettent d'aider les CGIPN à prendre position et à développer leur sens politique visant à démontrer la 'plus-value infirmière' auprès des administrateurs de la santé et des décideurs politiques (Ferguson & Drenkard, 2003; Fyffe, 2009; Hewison, 2007; Porter-O'Grady & Malloch, 2015; Trotter Betts et al., 2015). Les CGIPN pourront ainsi davantage prendre part aux décisions reliées aux soins de santé et améliorer la QVT de tous les acteurs du réseau selon une perspective de *management* infirmier en y incorporant les valeurs humanistes (Antrobus, 1997; Porter-O'Grady & Malloch, 2015). Comme le souligne O'Neill et al., (2011) ainsi que Porter-O'Grady et Malloch (2015), il importe que la valorisation de l'engagement politique soit partie prenante des programmes de formation en gestion pour que les futurs CGIPN puissent l'intégrer à leur gestion dans le cadre de leur pratique professionnelle. Par ailleurs, les résultats de notre étude mettent en relief l'importance pour le CGIPN de posséder des savoirs sociopolitiques infirmiers (White, 1995) et émancipatoires en sciences infirmières (Chinn, 2013; Chinn & Kramer, 2011) afin de promouvoir des environnements humains et de qualité, ce qui aura pour conséquence d'améliorer leur QVT.

5.6.4 Implication pour le développement théorique et la recherche

La présente recherche mixte ajoute aux connaissances existantes sur la QVT des CGIPN et renferme des données qualitatives et quantitatives novatrices. Les résultats obtenus vont concourir à permettre aux décideurs politiques, aux administrateurs et à la haute direction des futurs Centres intégrés de la santé et des services sociaux (CISSS), des Centres intégrés universitaires de la santé et des services sociaux (CIUSSS) de même que des Centres hospitaliers universitaires de mettre en place des mesures concrètes visant l'amélioration et le renforcement de la QVT auprès des CGIPN selon une perspective humaniste de l'administration.

L'originalité de notre recherche découle du fait qu'elle décrit en profondeur l'expérience d'une QVT et l'absence de celle-ci, en plus d'avoir identifié les facteurs favorables et

défavorables qui peuvent l'influencer. Par ailleurs, la conceptualisation humaniste de la QVT, issue d'une réflexion critique et des résultats de recherche, fournit des connaissances novatrices pour la discipline infirmière, notamment l'administration des services infirmiers (ASI). Cette conceptualisation théorique propose une nouvelle façon de concevoir la QVT dans un contexte de transformation en profondeur du réseau de la santé. Elle offre une alternative au modèle de la QVT existant en sciences infirmières car elle intègre les valeurs du *caring* (Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011; Watson, 2008a, 2008b), les concepts de la QVT (O'Brien-Pallas & Baumann, 1992), les cinq savoirs infirmiers (éthique, empirique, esthétique, personnel et émancipatoire) (Chinn & Kramer, 2011) de même que le savoir sociopolitique (White, 1995), le tout en cohérence avec le centre d'intérêt de la discipline. En prenant appui sur le modèle humaniste de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Cara, 2012; Cara, et al., 2015; Cara & Girard, 2013), il pourrait être pertinent de développer un modèle humaniste pour les acteurs de l'administration des services infirmiers (C. Cara, communication personnelle, 15 avril 2015).

Ainsi, à partir de nos résultats de recherche et des assises philosophiques du *Human caring* de Watson (2008b) et des facteurs caratifs (FC), il pourrait être intéressant de développer des processus de « *Caritas* administratifs ». De plus, nos résultats permettent de souligner certains postulats qui découlent de cette perspective et qui méritent d'être davantage étudiés en administration des services infirmiers selon une vision humaniste. À cet égard, il serait pertinent d'entreprendre une étude qualitative, au moyen de la méthode de théorisation ancrée, en vue d'expliquer le processus de la conceptualisation humaniste de la qualité de vie au travail auprès des différents niveaux d'encadrement en soins infirmiers, dans les nouvelles organisations de santé mises en place au Québec en 2015. De cette recherche proposée, l'élaboration d'une théorie humaniste de la QVT deviendrait une avenue logique dans le développement des connaissances entourant ce nouveau construit théorique. Considérant que la QVT évolue au fil des contextes organisationnels de santé, il serait aussi intéressant d'amorcer un devis de type longitudinal pour examiner l'évolution de la QVT humaniste et les facteurs prédictifs à travers les prochaines réformes qui surviendront au fil des années en utilisant le questionnaire (facteurs influençant la QVT) qui fut développé dans la seconde

phase de cette étude, en le combinant avec d'autres instruments de mesure existants et portant sur la QVT, ainsi que sur les FC qui émaneraient du *Human caring* de Watson (2008b). De plus, ledit questionnaire pourrait également faire l'objet d'ajouts d'énoncés afin d'expliquer certaines informations au niveau des précisions statistiques; de plus, les éléments significatifs au niveau des corrélations positives et négatives mériteraient d'être approfondis dans une future étude quantitative corrélationnelle ou comparative à l'échelle pancanadienne. Ces propositions de recherche permettraient sans aucun doute de concourir à l'amélioration de la QVT des professionnels de la santé.

L'utilisation d'une étude qualitative inspirée de l'enquête appréciative (Cooperrider, Whitney, & Stavros, 2008) pourrait aussi être utilisée dans une optique de résolutions de problèmes de la QVT. Cette approche de recherche pourrait inviter les gestionnaires infirmiers des trois niveaux d'encadrement à faire ressortir les éléments positifs et les forces au regard de l'amélioration de la QVT. L'enquête appréciative les aiderait certainement à prendre conscience des habiletés politiques de prise de décisions et à faire appel aux attitudes réflexives des participants afin d'apporter les changements nécessaires visant l'optimisation et le maintien de la QVT au sein de cette communauté de professionnels en gestion.

Finalement, l'utilisation d'un devis de recherche action-participative (RAP) qui intégrerait nos résultats de recherche et les composantes humanistes de la QVT en administration des services infirmiers se présente comme une alternative enrichissante pour le développement et l'application d'un programme de QVT pour les équipes de soins et de gestion des soins infirmiers, cadres intermédiaires et la haute direction des soins infirmiers. Dans le cadre de ce type de recherche, l'instrument de mesure développé dans notre étude, qui ferait l'objet d'une bonification, pourrait être combiné à d'autres instruments de mesure existants sur le *caring* et ceux portant sur les concepts avoisinant la QVT. À l'intérieur de cette RAP, une analyse coûts-bénéfices permettrait de soutenir les experts dans le choix des meilleures mesures à recommander en tenant compte des facteurs économiques lorsque le choix entre deux mesures d'égale efficacité se poserait. En s'appliquant au programme de QVT, ce type d'analyse pourra soutenir les décideurs dans les choix stratégiques à long terme

qu'ils doivent faire au regard de sa mise en œuvre et des recommandations issues de la présente thèse doctorale. En collaboration avec un chercheur économiste en santé, un tel projet de recherche pan québécois se subdiviserait en cinq objectifs, soit : 1) de dresser le portrait de l'évolution des programmes existants de la QVT au sein des établissements de santé du Québec en collaboration avec les responsables de la santé au travail de chacun des établissements, 2) de recenser les activités en lien avec les principales actions des programmes de QVT dans les milieux en identifiant l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières mobilisées dans le cadre de ces actions, 3) d'estimer le coût du programme de QVT dans les établissements de santé en focalisant sur l'estimation du surcoût financier attribuable à l'accroissement du taux d'absentéisme et de maladie prolongée, de l'augmentation de la mouvance du personnel d'encadrement et de la perte de productivité causée par l'épuisement professionnel des acteurs du réseau de la santé dans les établissements de santé, 4) déterminer les économies potentielles associées à la réduction du taux de maladie professionnelle engendrée par le programme de QVT selon une perspective humaniste du *caring* et 5) d'évaluer l'implantation d'un nouveau programme de la QVT en intégrant les principes qui sous-tendent les aspects humanistes du *caring* en collaboration étroite avec les professionnels du réseau et les responsables de la santé au travail visés par la démarche. En terminant, pour qu'un tel projet soit réalisable, il faudrait obtenir l'appui de la direction des soins infirmiers et des ressources humaines ainsi que du soutien financier de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux et des organismes québécois subventionnaires.

CONCLUSION

D'entrée de jeu et à la lumière des résultats qualitatifs et quantitatifs obtenus dans le cadre de la présente recherche, il est permis d'indiquer à ce stade-ci que la QVT s'avère constituée des sphères humaniste, organisationnelle, personnelle, socioculturelle, sociopolitique et culturelle formant un tout indissociable et fondée sur les perceptions intuitives, subjectives et uniques à chaque CGIPN. Après avoir posé un regard sur la signification expérientielle et les facteurs qui contribuent et qui nuisent à la QVT des CGIPN œuvrant dans les divers établissements de santé, cette recherche aura permis de faire ressortir la réalité telle que vécue et perçue par ces professionnels gestionnaires de premier niveau du réseau de la santé.

De plus, un travail de mise en relation des essences issues des deux premières questions de recherche a permis de faire émerger un nouveau concept de la qualité de vie au travail incluant deux sphères, soit les pratiques humanisantes (thèse) et les pratiques déshumanisantes (antithèse). Ainsi, l'expérience de la QVT se définit comme **une dialectique en administration des services infirmiers dans laquelle se vit des pratiques humanisantes permettant l'atteinte d'un idéal de QVT, en coexistence avec des pratiques déshumanisantes conduisant à l'absence de QVT**. La contribution particulière de cette étude mixte séquentielle exploratoire au développement des connaissances en sciences infirmières réside dans l'originalité de l'unification de ces deux sphères indissociables à la QVT des CGIPN. Elle reconnaît et met en lumière la coexistence temporelle de deux sphères de pratiques (humanisantes et déshumanisantes) formant un tout indissociable qui se vit quotidiennement transformant ainsi la QVT des CGIPN.

En effet, à la lumière des résultats qualitatifs obtenus dans la première phase et confirmés par ceux des deuxième et troisième phases, il faut reconnaître l'existence d'un écart entre les pratiques humanisantes en gestion qui privilégient et renforcent la QVT des CGIPN et l'apparition de pratiques déshumanisantes qui risquent de miner potentiellement leur QVT. Par conséquent, il convient de prendre des mesures concrètes pour réduire au maximum les

irritants et les obstacles au maintien d'une QVT, tels que les facteurs défavorables issus de nos résultats, afin que les CGIPN puissent assumer leurs fonctions dans les nouvelles organisations (MSSS, 2015), et ce, en jouissant d'une meilleure QVT. Les résultats qui ressortent de notre étude et la conceptualisation humaniste de la QVT qui découle du développement d'une réflexion critique pourront faire l'objet d'interventions par les différentes instances à l'intérieur du réseau de la santé visant l'amélioration de la QVT des acteurs œuvrant en administration des services infirmiers.

C'est ainsi que les nouveaux présidents directeurs généraux, issus de la création des nouvelles organisations de la santé, vont devoir redoubler d'efforts pour mettre en place des actions concrètes pour améliorer les conditions d'exercice de leurs CGIPN. Ces derniers jouent un rôle important sur le terrain auprès des équipes de soins et agissent en tant qu'avocats des droits des patients de leur unité ou service de santé. Ce faisant, il devient urgent d'élaborer des normes (standards) de pratique en gestion, inspirées des résultats qualitatifs et quantitatifs obtenus de la présente recherche mixte pour clarifier et cibler les rôles et responsabilités spécifiques aux CGIPN. Pour que ces nouvelles normes de pratiques s'harmonisent avec le contexte de la gestion des soins infirmiers, il serait urgent de mettre en place les différentes recommandations visant le développement du leadership et des habiletés politiques (Hewison, 2007; Porter-O'Grady & Malloch, 2015; Montalvo, 2015), l'humanisation organisationnelle incluant un environnement de travail thérapeutique (Cara, 2008a; Carter & Platt, 2013; Graber, 2009; Watson, 2009a) et le développement des connaissances et des compétences soutenues par l'organisation (Unterschuetz et al., 2008; Wagner & Seymour, 2007). De plus, la planification d'un accompagnement des novices est tout aussi pressante pour s'assurer d'une meilleure attraction et rétention de la relève infirmière en gestion (Laschinger et al., 2013; Titzer et al., 2014; Wong et al., 2013) dont la qualité de vie demeure une valeur importante pour ces générations (X et Y) (Keys, 2014).

Les résultats de notre étude appuient la pertinence de telles recommandations en plus de tracer des avenues qui s'enracinent à travers les assises de la discipline dans un contexte

d'humanisation organisationnelle (Cara, 2008a) répondant du même coup aux besoins des nouvelles générations (X et Y) œuvrant au sein de l'administration des services infirmiers.

La spécificité de la fonction de CGIPN que les infirmières partagent avec les autres cadres de premier niveau à travers les futures organisations de santé permet de mettre en lumière la contribution distinctive de ces professionnels au sein des équipes de soins. C'est pourquoi la haute direction devra mettre en évidence le rôle pivot des CGIPN. Dans une optique d'amélioration continue de la QVT, les acteurs concernés (cadres supérieurs, conseil d'administration, décideurs politiques) doivent agir conséquemment et faire en sorte que le rôle essentiel du CGIPN soit véritablement reconnu à sa juste valeur, à la fois dans ses conditions de travail mais aussi d'exercice, avec un taux d'encadrement acceptable (ex : ratio de 70 employés / CGIPN) (Meyer, 2008) clairement indiqué à l'intérieur des normes de pratique en ASI. La conjoncture actuelle de transformation offre des occasions réelles de changements pouvant miser sur l'amélioration de la QVT des CGIPN.

En outre, les résultats de notre étude mettent en évidence qu'un environnement de travail humaniste repose essentiellement sur les attitudes et comportements des personnes (cadres supérieurs, CGIPN, clients, décideurs politiques, membres du personnel) lesquelles sont parties intégrantes du bon fonctionnement, sur les plans personnel et organisationnel, du réseau de la santé et des services sociaux. Il faut également que leurs décisions soient basées sur des approches humaines et des résultats probants pour affronter la complexité clinique, les besoins des clientèles, la hiérarchisation des soins et en assurant une contribution optimale et réaliste des CGIPN. Il est pressant que les instances politiques qui régissent les établissements de santé prennent un virage paradigmatique vers une bureaucratie et une économie ouverte à l'humanisation organisationnelle où la personne (CGIPN) est perçue comme un être à part entière qui se développe au cours de son cheminement de vie professionnelle (Watson, 2008a). Dans le même ordre d'idées, il serait essentiel que les valeurs du *caring* guident et soutiennent l'administration des services infirmiers ainsi que les organisations de santé. Ces valeurs permettraient à tous les professionnels, y compris les CGIPN, d'exercer leurs fonctions

dans un état de bien-être ainsi que de croissance personnelle et professionnelle (Cara, 2008a; Cara & Brousseau, 2011; Watson, 2006a, 2006b, 2008a, 2008b, 2010, 2012).

Maintenant, il reste à souhaiter que l'ensemble des résultats qui se dégagent de notre étude puissent être communiqués aux décideurs, notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les dirigeants des établissements de santé et la Direction des soins infirmiers de ces établissements afin qu'ils prennent conscience de l'urgence d'apporter les changements nécessaires pour préserver une QVT humaniste des CGIPN. Par des interventions concertées avec le terrain, ces décideurs devraient réfléchir et investir dans l'élaboration d'une politique nationale d'humanisation des organisations de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, les chercheurs en sciences infirmières, en collaboration avec les CGIPN du réseau de la santé, devraient travailler ensemble à la création d'un modèle humaniste en gestion inspiré de celui de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Cara, 2012; Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011) et intégré aux standards de pratique proposés, en incluant des éléments contribuant à la QVT, issus de nos résultats de recherche. Ce n'est qu'à ce prix que les CGIPN pourront véritablement préserver une meilleure qualité de vie au travail ainsi qu'une qualité des soins et des services offerts à la population. Ainsi, les établissements s'assureront d'une attraction et d'une fidélisation de la relève infirmière en gestion tout en contribuant à la santé organisationnelle et à l'émancipation de la gouvernance administrative infirmière.

En s'inspirant de la plupart des recommandations issues du chapitre précédent, les hauts dirigeants des milieux de soins devront prendre tous les moyens nécessaires pour favoriser les pratiques humanisantes en vue d'optimiser la QVT de leurs CGIPN. Il s'avère loisible de croire que les facteurs favorables qui émanent de cette étude mixte pourront contribuer à l'humanisation des organisations de santé, à une qualité de vie (professionnelle-personnelle) des CGIPN et, conséquemment, à une prestation de soins sécuritaire et de qualité accrue offerte à la clientèle.

RÉFÉRENCES

- Abderlasek, F., Skytt, B., Aly, M., Abdel-Sabour, M., Ibrahim, N., & Engström, M. (2010). Leadership and management skills of first-line managers of elderly care and their work environment. *Journal of Nursing Management*, 18(6), 736-745. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.0132x
- Admi, H. & Moshe-Eilon, Y. (2010). Stress among charge nurses : Tool development and stress measurement. *Nursing Economics*, 28(3), 151-158. Repéré à : <http://fr.scribd.com/doc/41632345/Stress-Among-Charge-Nurses#scribd>
- Agrément Canada (2010). *À travers la lentille de Qmentum – Étude de la relation entre la qualité de vie au travail et la sécurité des patients*. Rapport canadien sur l'agrément des services de santé de 2010. Document repéré à : <https://www.accreditation.ca/fr/publications-et-rapports-menu>
- Ahmadi, S. A. A., Jalalian, N., Salamzadeh, Y., Daraei, M., & Tadayon, A. (2011). To the promotion of worklife quality using the paradigm of managerial coaching : The role of managerial coaching on the quality of work life. *Journal of Business Management*, 5(17), 7440-7448. Repéré à : <http://www.academicjournals.org/AJBM>
- Aktouf, O. (2002). *La stratégie de l'autruche : post-mondialisation, management et rationalité économique*. Montréal, QC : Écosociété.
- Aktouf, O. (2006). *Le management entre tradition et renouvellement* (4^e éd. remaniée et révisée). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Alfonso, J. (2011). Economics, caring and complexity. Response. Dans A. W. Davidson, M. A. Ray & M. C. Turkel (Éds), *Nursing caring and complexity science : For human-environment well-being* (p. 185-198). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Allaire, L. (2006). *Le rapport au travail d'infirmières gestionnaires de programme-clientèle : une étude en psychodynamique du travail*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, Montréal, QC.
- American Nurse Association. (2009). *Nursing administration : Scope & standards of practice*. Silver Spring MD : Nursesbooks.org.
- Anonson, J., Walker, M. E., Arries, E., Maposa, S., Telford, P., & Berry, L. (2014). Qualities of exemplary nurse leaders: Perspectives of frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, 22, 127-136. doi: 10.1111/jonm.12092
- Antrobus, S. (1997). An analysis of nursing in context : The effects of current health policy. *Journal for Advanced Nursing*, 25(3), 447-453. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025447x

- Antrobus, S., & Kitson, A. (1999). Nursing leadership : Influencing and shaping health policy in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 746-753.
doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00945.x
- Arbuckle, G. A. (2013). *Humanizing healthcare reforms*. London, Angleterre : Jessica Kingsley Publisher.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). *Le développement du leadership dans la profession infirmière au Canada*. Rapport d'étape descriptif et analyse des programmes et compétences; connaissances et habiletés; lacunes et perspectives, 1-50. Document préparé par D^{re} Heather Lee Kilty Brock, University Ottawa, ON.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *Vers 2020. Visions pour les soins infirmiers*. Ontario, Canada.
- Association québécoise des établissements de la santé et des services sociaux. (2008). *Bilan sur la dotation des postes d'encadrement*, 5 pages. Montréal, QC.
- Avoine, M.-P. (2013). *La signification de pratiques déshumanisantes telles que vécues par des patients hospitalisés ou ayant été hospitalisés en centre de réadaptation* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Baldwin, M. (2008). Promoting and managing innovation. Critical reflection, organizational learning and the development practice in a National children's voluntary organization. *Qualitative Social Work*, 7(3), 330-348. doi: 10.1177/1473325008093705
- Batson, V. D., & Yoder, L. H. (2012). Managerial coaching : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1658-1669. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05840x
- Beard, C., & Wilson, J. P. (2013). *Experiential learning. A handbook for education, training and coaching* (3^e éd.). London, ON : Kogan Page.
- Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. Dans P. Benner (Éd.), *Interpretative phenomenology: Embodiment, caring and ethics in health and illness* (p. 99-127). Thousands Oaks, CA: Sage.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice* (Édition commémorative). New Jersey, USA : Prentice Hall. (Ouvrage original publié en 1984).
- Bergeron, P., & Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, & G. Bélanger (Éds), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux* (p. 7-33). Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.

- Bergeron, P. & Gaumer, B. (2007). Une participation croissante à la santé publique à la gouverne du système de santé québécois ? Dans M. J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau (Éds), *Le système sociosanitaire au Québec* (Chap. 4, p. 51-60). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Bolduc, F. & Baril-Gingras, G. (2010). Les conditions d'exercice des cadres de premier niveau : une étude de cas. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 12(3), 1-21. Repéré à : <http://pistes.revues.org/2777>
- Bondas, T. (2003). Carritative leadership. Ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly*, 27(3), 249-253.
- Bondas, T. (2009). Preparing the air for nursing care : A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*. 14(4), 351-362.
doi: 10.1177/1744987108096969
- Borbasi, S., Jones, J., & Gaston, C. (2004). Leading, motivating and supporting colleagues in clinical practice. Dans J. Daly, D. Jackson & S. Speedy (Éds), *Nursing leadership* (Chap. 10, p. 167-174). Australia : Elsevier.
- Boswell, C., Cannon, S., & Miller, J. (2005). Nurses'political involvement : Responsibility versus privilege. *Journal of Professional Nursing*, 21(1), 5-8.
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2004.11.005>
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 27(30), 371-377.
- Bourbonnais, R., Malenfant, T., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., & Sarmiento, J. (2000). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et infirmiers de l'agglomération de Québec*. Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale [CQRS]. Université Laval, Québec, QC.
- Bourgault, P., Gallagher, F., Michaud, C., & Saint-Cyr-Tribble, D. (2010). Le devis mixte en sciences infirmières ou quand une question de recherche appelle des stratégies qualitatives et quantitatives. *Recherche en soins infirmiers*, 4(103), 20-28.
doi: 10.3917/rsi.103.0020
- Boykin, A., Schoenhofer, S., & Valentine, K. (2014). *Health care system: Transformation for nursing and health care leaders. Implementing a culture of caring*. New York, NY : Spring Publishing Company.
- Brooks, B. A. (2001). *Development of an instrument to measure quality of nursing work life* (Thèse de doctorat inédite). Université d'Illinois, Chicago, IL.

- Brooks, B. A., & Anderson, M. A. (2004). Nursing work life in acute care. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 269-275.
- Brooks, B. A., Storfjell, J., Omoike, O., Stemler, I., Shaver, J., & Brown, A. (2007). Assessing the quality nursing work life. *Nursing Administration Quarterly*, 31(2), 152-157.
- Broughton, H. (2001). *Leadership dans la profession infirmière : pour utiliser notre force*. Ottawa, ON : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Brousseau, S. (2006). *La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC, et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Brousseau, S., Alderson, M., & Cara, C. (2008). A caring environment to foster male nurses' quality of working life in community setting. *International Journal for Human Caring*, 12(1), 33-43.
- Brousseau, S., Cara, C., & Blais, R. (2015). The experiential meaning of first-line nurse managers' quality of work life in an affiliated university hospital: A relational caring inquiry. Manuscrit soumis pour publication à l'*International Journal for Human Caring*.
- Brown, C. J. (2009). Self-renewal in nursing leadership: The lived experience of caring for self. *Journal of Holistic Nursing*, 27(2), 75-84. doi:10.1177/0898010108330802
- Brown, P. (2010). *Nurse manager retention : What are the factors that influence their intention to stay?* (Thèse de doctorat inédite). Université d'Alberta, Edmonton, AB.
- Brown, P., Fraser, K., Wong, C. A., Muise, M., & Cummings, G. (2013). Factors influencing intentions to stay and retention of nurse managers : A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 21, 459-472. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01352x
- Bryans, A. (2004). Examining health visiting expertise : Combining simulation, interview and observation. *Journal of Advanced Nursing*, 47(6), 623-630. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03150.x
- Bryman, A. (1988). *Quantity and quality in social research*. Londres, Angleterre : Unwin Hyman Publications.
- Bryman, A. (2006). Integrating, quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 1(1), 8-22. doi: 10.1177/1468794106058877
- Buber, M. (1970). *I and thou* (W. Kauffman, traducteur.) New York, NY : Scribners.
- Cadet, D. (2000). Comment peut-on être cadre en l'an 2000? *Soins cadres*, 35(1), 41-42.

- Cadmus, E., & Wisniweska, E. K. (2013). Measuring first-line nurse manager work: Instrument: Development and testing. *Journal of Nursing Administration*, 43(12), 673-6799. doi: 10.1097/NNA.0000000000000010
- Campbell, D. T. & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the Multitrait Multimethod Matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81-105.
- Cara, C. (1997). *Managers' subjugation and empowerment of caring practices : A relational caring inquiry with staff nurses* (Dissertation Abstract International). Université du Colorado, Health Science Center, CO.
- Cara, C. (1999). A relational caring inquiry: Nurses' perspectives on how management can promote a caring practice. *International Journal for Human Caring*, 3(1), 22-30.
- Cara, C. (2002). *Creating a caring environment in nursing research*. Présentation orale à la 24^e conférence de l'Internationale Association for Human Caring, Boston, MA.
- Cara, C. (2003a). Continuing education : A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*, 7(3), 51-61.
- Cara, C. (2003b). *École du caring*. Séminaire de 2^e cycle : Étude de la discipline infirmière (SOI-6100). Section 8 du Codex.
- Cara, C. (2004). La méthodologie phénoménologique : une approche qualitative à découvrir [Présentation sous forme de diapositives]. Dans F. Gratton & S. Cossette (dir.), *Recherche en sciences infirmières* (SOI-6103) Université de Montréal.
- Cara, C. (2008a, Mai). *Une approche de caring pour préserver la dimension humaine en gestion*. Communication présentée dans le cadre d'un congrès d'infirmières gestionnaires œuvrant dans les soins d'urgence, St-Sauveur, QC.
- Cara, C. (2008b). *La substance : l'organisation épistémologique de la discipline ou encore plus de confusion*. Présentation orale dans le cadre du cours *Étude de la discipline infirmière* (SOI-6100), Université de Montréal.
- Cara, C. (2010). Explorer les fondements théoriques du *caring* dans la pratique infirmières. Dans P. Potter et A. G. Perry sous l'édition Française de C. Dallaire et S. Lemay, *Soins infirmiers. Fondement généraux* (Tome 1, chap. 5, p. 84-99). Montréal : Éditions Chenelière éducation,.
- Cara, C. (2012). *An example of a humanistic caring program*. Conférencière invitée au Watson's Inaugural Caring Science Summer Institute & World Caring Conference, Colorado, États-Unis.

- Cara, C. & Brousseau, S. (2011). *Creating a humanistic caring culture to preserve quality of working life in nursing administration*. Communication orale présentée à la 32^e conférence de l'Internationale Association for Human Caring, The intersection of caring and quality: Nursing practice, education, and research of the UT Health Science Center, San Antonio, TX.
- Cara, C. & Brousseau, S. (2012). *Schématization de la démarche de l'Investigation relationnelle caring (IRC)* (Illustration inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Cara, C. & Girard, F. (2013). *The humanist model of nursing care : A driving force for nursing education*. Affiche présentée à la 34^e conférence de l'International Association for Human Caring, Florida, USA.
- Cara, C. & O'Reilly, L. (2008). S'appropriier la théorie du *Human caring* de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.
- Cara, C., Nyberg, J., & Brousseau, S. (2011). Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's healthcare system. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), 6-14.
- Cara, C., Roy, M., Thibault, L., Alderson, M., Beauchamp, J., Casimir, M., Gagnon... Robinette, L. (2015). *Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM. Synopsis de modèle pour son opérationnalisation*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, QC.
- Carter, R. L. & Platt, L. (2013). Un environnement thérapeutique : une architecture et un design propices à la santé. Dans S. B. Frampton, P. A. Charmel., & S. Guastello en collaboration avec le réseau Planetree Québec (Éds), *L'humain au cœur de l'expérience, recueil de pratiques de soins et de gestion en santé* (1^{re} éd., p. 133-151). Laval, QC : Guy St-Jean Éditeur.
- Caruso, E. M., Cisar, N. & Pipe, T. (2008). Creating a healing environment: An innovative educational approach for adopting Jean Watson's theory of Human Caring. *Nursing Administration Quarterly*, 32(2), 126-132.
doi : 10.1097/01.NAQ.0000314541.29241.14
- Castonguay, C. (2015). *La fin des vaches sacrées. Réflexion sur l'avenir du Québec*. Montréal, QC : Les éditions La Presse.
- Cathcart, E. B., Greenspan, M., & Quin, M. (2010). The making of a nurse manager :The role of experiential learning in leadership development. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 440-7. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01082x
- Chinn, P. L. (2013). *Peace and power. New directions for building community* (8^e éd.). Burlington, MA : Jones & Bartlett learning.

- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (8^e éd.). St-Louis, MO : Mosby Elsevier.
- Christoff, K. (2014). Dehumanization in organizational settings : Some scientific and ethical considerations. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(748), 1-5.
doi: 10.3389/fnhum.2014.00748
- Cilliers, F., & Terblanche, L. (2010). The systems psychodynamic leadership coaching experiences of nursing managers. *Journal of Interdisciplinary Health Sciences*, 15(1), 53-61. Repéré à : <http://www.hsag.co.za>
- Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé et de qualité (CQVTSSQ). (2007). *À notre portée : une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*. Conseil canadien d'agrément des services de santé. Agréé par ISQua. Canada.
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. Dans R. S. Valle & M. King (dir.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (p. 48–71). New York, NY : Oxford University Press.
- Comité consultatif canadien sur les soins de santé. (2002). *Notre santé, notre avenir. Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes* (92 pages). Ontario, Canada.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG), & Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (2014). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains ou « EPTC-2*. Repéré à : http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf
- Consortium Criso (2009). *Les conditions d'exercice des cadres intermédiaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Cadre de référence sur la planification sur la main-d'œuvre et du soutien aux changements pour le gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Université McGill, Montréal, QC.
- Cooperrider, D. L, Whitney, D., & Stavros, J. M. (2008). *Appreciative inquiry handbook* (2^e éd.). Brunswick, OH : Crown custom Publishing.
- Costa-Mendes, I. A. C., Trevizan, M. A., Ferraz, C. A., & Fávero, N. (2002). The re-humanization of the executive nurse's job: A focus on the spiritual dimension. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 10(3), 401-407. doi.org/10.1590/S0104-11692002000300014
- Crane, T. G., (2010). *The heart of coaching : Using transformational coaching to create a high-performance coaching culture* (3^e éd.). San Diego, CA : STA Press.

- Creswell, J. W. (2014). *Research design : Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (3^e et 4^e éd.). University of Nebraska, Lincoln, NE : Sage. (Ouvrage original publié en 2009).
- Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. University of Nebraska, Lincoln, NE :Sage
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (1^{re} et 2^e éd.). Thousand Oak, CA. (Ouvrage original publié en 2007).
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334. doi:10.1007/BF02310555
- Crosby, F. E., & Shield, C. J. (2010). Preparing the next generation of nurse leaders : An educational needs assessment. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(8), 363-368. doi: 10.3928/00220124-20100503-09
- Cummings, G. & Estabrooks, C. A. (2003). The effects of hospitals restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed : A systematic review. *International Journal of Sociology & Social Policy*, 8(9), 8-53. doi: org/10.1108/01443330310790633
- Cummings, G., Lee, H., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L., & Stafford, E. (2008). Factors contributing to nursing leadership : A systematic review. *Journal of Health Services Research Policy*, 13(4), 240-48. doi: 10.1258/jhsrp.2008.007154
- Cziraki, K. (2012). *Factors that attract and retain registered nurses in the first-line nurse manager role* (Thèse de doctorat inédite). Université McMaster, Hamilton, ON. Repéré à :
http://digitalcommons.mcmaster.ca/opensdissertations?utm_source=digitalcommons.mcmaster.ca%2Fopensdissertations%2F7231&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Dall’Agnol, C. M., Schebella Souto de Moura, G. M., Muller de Magalhaes, A. M., Rodrigues Falk, M. L. de Oliveira Riboli, C., & Peres de Oliveira, A. (2013). Motivations contradictions and ambiguities in the leadership of nurses in management positions in university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Repéré à :
<http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Dallaire, C. (2008). L’action politique : une stratégie pour l’engagement professionnel. (Chap. 19, p.455-480). Dans C. Dallaire (Éd.), *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin éditions.
- DeCampli, P., Kirby, K. K., & Baldwin, C. (2010). Beyond the classroom to coaching :Preparing new nurse managers. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(2), 132-137. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181d913db

- Dehaghi, Z. H., Sheikhtahei, A., & Dehnavi, F. (2015). Nurse managers' work life quality and their participation in knowledge management: A correlational study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(1), 1-6. doi: 10.5812/ircmj.18204
- Dellve, L., & Wikström, E. (2009). Managing complex workplace stress in health care organizations: Leaders' perceived legitimacy conflicts. *Journal of Nursing Management*, 17(8), 931-941. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00996.x
- Delmas, P. (2001). *Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress perçu et les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Delmas, P., Duquette, A., Bourdeau, M., & Pronost, A.-M. (2004). Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. *L'infirmière clinicienne*, 1(1), 12-24.
- Delmas, P., Escobar, M., & Duquette, A. (2001). La qualité de vie au travail : validation de la version française d'un instrument de mesure. *L'infirmière du Québec*, 8(6), 16-28.
- Delmas, P., Mayrand Leclerc, M., & Pronost, A.-M. (2006). La santé des cadres gestionnaires infirmiers. État des connaissances sur la santé physique, psychologique et psychosociale des cadres gestionnaires infirmiers. Dans P. Delmas & M. Mayrand Leclerc (dir.), *Sortir du management panique. Tome 1 : Le travail, est-ce encore la santé pour les infirmières et les cadres gestionnaires infirmiers? Bilan des connaissances sur le sujet* (Chap. 1, p. 24-40). Collection : Fonction cadre de santé « Gestion des ressources humaines ». Paris, France : Lamarre.
- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Montréal, QC : Guérin.
- Desjardins, M. (2007). La maladie du gestionnaire. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 3(1), 6-9.
- Dignam, D., Duffield, C., Stasa, H., Gray, J., Jackson, D., & Daly, J. (2012). Management and leadership in nursing: An Australian educational perspective, *Journal of Nursing Management*, 20(1), 65-71. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01340.x
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2009). *Internet, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method*. Hoboken, NJ, USA : Wiley & Sons.
- Dish, J., Keller, M., & Weber, E. (2015). Applying nursing leans to shape policy. Dans R. M. Patton, M. L. Zalon et R. Ludwick (Éds), *Nurses making policy from bedside to boardroom* (p.359-399). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Drach-Zahavy, A. D., & Dagan, E. (2002). From caring to managing and beyond : An examination of the head nurse's role. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 19-28. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02142.x

- Dubois, C.-A., Bentein, K., Mansour, J. B., Gilbert, F., & Bédard, J.-L. (2014). Why some employees adopt or resist reorganization of work practices in health care: Associations between perceived loss of resources, burnout, and attitudes to change. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(1), 187-201. doi: 10.3390/ijerph110100187
- Dubois, S., Girard, F., & Fleury, D. (2010). *L'université de Montréal et le Centre hospitalier universitaire de Montréal : un partenariat académique et organisationnel réel, soigné et engageant !* Actes de colloque de l'AIUP. Rabat, Maroc.
- Duffield, C., & Franks, S. (2001). The role and preparation of first line nurse managers in Australia: Where are we going and how to get there. *Journal of Nursing Management*, 9(1), 87-91. doi: 10.1046/j.1365-2834.2001.00214.x
- Dupuis, G., & Martel, J. P. (2004). Caractéristiques psychométriques de l'ISQVT © : fidélité test-retest, cohérence interne, validité de construit, validation transculturelle. *Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale*, 1184-1195.
- Dupuis, G., Martel, J. P., Voirol, C. & Bibeau, L. (2009). *La qualité de vie au travail. Bilan de connaissances. L'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©)*. ISBN 978-2-922914-32-0.
- Duquette, A., & Cara, C. (2000). Le *caring* et la santé de l'infirmière. *L'infirmière canadienne*, 1(2), 10-11.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B. & Saulnier, P. (1995). *Étude longitudinale de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. Montréal, QC : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Edwards, S. D. (2001). Benner and Wrubel on caring in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 167-171. doi: 10.1111/j.1365-2648.2001.01649.x
- Eisler, R. (2007). *The real wealth of nations : Creating a caring economics*. San Francisco, CA : BK-Publisher.
- Elyzur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work life and its relation to quality of life. *Applied Psychology : an International Review*, 39(3), 275-291. doi: 10.1111/j.1464-0597.1990.tb01054.x
- Erickson, J. I., Colton, D., & Ditomassi, M. (2015) Activating the advocacy plan. Dans R. M. Patton, M. L. Zalon et R. Ludwick (Éds), *Nurses making policy from bedside to boardroom* (p.277-316). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization : A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506-520.

- Estabrooks, C. A., Goël, V., Thiel, E., Pinfold, P., Sawka, C., & William, I. (2001). Decision aids : Are they worth it? A systematic review. *Journal of Health Services Research Policy* 6(1), 170-182.
- Estrada, N. (2009). Exploring perceptions of a learning organization by RNs and relationship to EBP beliefs and implementation in the acute care setting. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4), 200-209. doi: 10.1111/j.1741-6787.2009.00161.x
- Everson-Bates, S. (1992). First-line nurse managers in the expanded role. An ethnography analysis. *Journal of Nursing Administration*, 22(3), 32-37. doi: 10.1097/00005110-199203000-00012
- Farley, M. J., & Nyberg, J. (1990). Environment as a major element in nursing administration practice theory development. *Nursing & Healthcare*, 11(10), 532-535.
- Ferguson, S. L., & Drenkard, K. N. (2003). Developing nurse leaders in health policy : An education practice and partnership. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 4(3), 180-184. doi: 10.1177/1527154403254707
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 196-204. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02168.x
- Fitzpatrick, T., & Brooks, B. A. (2010). The nurse leader as logistician : Optimizing human capital. *Journal of Nursing Administration*, 40(2), 69-74. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181cb9f3b
- Fletcher, K. (2006). Beyond dualism: Leading out of oppression. *Nursing Forum*, 41(2), 50-59.
- Fyffe, T. (2009). Nursing shaping and influencing health and social care policy. *Journal of Nursing Management*, 17(6), 698-706. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00946.x
- Gadow, S. (1994). Whose body? Whose story? The question about narrative in women's health care. *Soundings*, 77(3/4), 295-307.
- Gagnon, S., Desjardins, M., & Chartier, L. (2009). Les conditions d'exercice des cadres intermédiaires - Comment engager son établissement dans une démarche durable. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 5(2), 26-30.
- Galuska, L. (2014). Enabling leadership : Unleashing creativity, adaptation and learning in an organization. *Nurse Leader*, 1, 34-38. doi : 10.1016/j.mnl.2014.01.011
- Gascon, J. (2001). *La signification de la qualité de vie au travail d'infirmières œuvrant en milieu clinique* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, Montréal, QC.

- Gaumer, B., & Fleury, M. J. (2007). La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique. Dans M. J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (Éds), *Le système sociosanitaire au Québec* (Chap. 1, p. 3-18). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Germain, P. B., & Cummings, G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance : A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 18, 425-439. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01100.x
- Gibson, S. K., & Hanes, L. A. (2003). The contribution of phenomenology to HRD research. *Human Resource Development Review*, 2(2), 181-205. doi: 10.1177/1534484303002002005
- Gidding, L. S., & Grant, B. M. (2009). From rigour to trustworthiness : Validating mixed methods. Dans S. Andrew & E. Halcomb (dir.), *Mixed methods research for nursing and the health sciences* (Chap. 7, p. 119-134). University of Western Sidney, Australia : Wiley-Blackwell, A. John Wiley & Sons, Ltd.
- Gifford, B. D., Zammuto, R. F., & Goodman, E. A. (2002). The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *Journal of Healthcare Management*, 47(1), 13-25.
- Gilmartin, M. J. (2001). Humanism in health care service: The role of stakeholder management. *Nursing Administration Quarterly*, 25(3), 24-36.
- Giorgi, A. (1997a). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupard, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 361-364). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Giorgi, A. (1997b). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260. doi: 10.1163/156916297X00103
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology*. Pittsburgh, PA : Duquesne University Press.
- Girard, F. & Cara, C. (2011). *Modèle humaniste des soins infirmiers* [Dépliant d'information]. Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Montréal, QC.
- Godfrey, M. M., Anderson-Care, B., Nelson, E. C., Nilsson, M., & Ahlstrom, G. (2014). Coaching interprofessional health care improvement teams : The coachee, the coach and the leader perspectives. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 452-464. doi: 10.1111/jonm.12068

- Goode, D. A. (1989). Quality of life, quality of work life. Dans W. E. Kierman & R. L. Schalock (dir.), *Economics, industry and disability : A look ahead in* (p. 337-349). Baltimore, MD : Brookes.
- Gould, D., Kelly, D., Goldstone, L., & Maidwell, A. (2001). The changing needs of clinical nurse managers: Exploring issues for continuing professional development. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 7-17.
- Graber, D. R. (2009). Organizational and individual perspectives on caring hospitals. *Journal of Health & Human Services Administration*, 31(4), 517-537.
- Graber, D. R., & Osborne-Kilpatrick, A. O. (2009). Introduction to the symposium-humanism in healthcare management. *Journal of Health & Human Services Administration*, 31(4), 405-411.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). The nursing scale : Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11-23.
- Greene, J. C., & Caracelli, V. J. (1997). Defining and describing the paradigm issue in mixed-method evaluation. Dans J. C. Greene & V. J. Caracelli (dir.), *Advances in mixed-method evaluation: The challenges and benefits of integrating diverse paradigms* (p. 5-17). (New Directions for Evaluation, No. 74). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Grossman, S. C. (2013). *Mentoring in nursing. A dynamic and collaborative process*. New York, NY : Springer Publishing Company.
- Habermas, J. (1968). *Technik und Wissenschaft Als "Ideologie" / Technology and sciences ideology*. Frankfurt am Main: Suhrkamp / Knowledge and human interests, basé sur la 1^{re} éd. Traduction J. Shapiro : London.
- Halcomb, E. J., & Andrew, S. (2009). Managing mixed methods projects. Dans S. Andrew & E. Halcomb (dir.), *Mixed methods research for nursing and the health sciences* (Chap. 4, p. 50-64). University of Western Sidney, Australia : Wiley-Blackwell, A. John Wiley & Sons, Ltd., Publications.
- Halcomb, E. J., Andrew, S., & Brannen, J. (2009). Introduction to mixed methods research for nursing and the health sciences. Dans S. Andrew & E. Halcomb (dir.), *Mixed methods research for nursing and the health sciences* (Chap. 1, p. 3-12). University of Western Sidney, Australia : Wiley-Blackwell, A. John Wiley & Sons, Ltd., Publications.
- Halldórsdóttir, S. (2008). The dynamics of the nurse–patient relationship: Introduction of a synthesized theory from the patient’s perspective. *The Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 643-652. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x
- Haque, O., & Waytz, S. A. (2012). Dehumanization in medicine : Causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2) 176-186. doi: 10.1177/1745691611429706

- Harlos, K. P., & Axelrod, L. J. (2008). Work mistreatment and hospital administrative staff: Policy implications for healthier workplaces. *Healthcare Policy / Politiques de santé*, 4(1), 40-50.
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 252-264. doi: 10.1207/s15327957pspr1003_4
- Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and infrahumanization. *Annual Review of Psychology*, 65(1), 399-423. Repéré à : <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-010213-115045>
- Hatmaker, D. D., & Tomajan, K. (2015). Advocating for nurses and for health. Dans R. M. Patton, M. L. Zalon et R. Ludwick (dir.), *Nurses making policy from bedside to boardroom* (p.41-76). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Havlovic, S. J. (1991). Quality of work life and human resource outcomes. *Industrial Relations*, 30(1), 469-479. doi: 10.1111/j.1468-232X.1991.tb00799.x
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. New York, NY : Harper and Row.
- Helgesen, S. (2003). *In the female advantage: Women's ways of leadership in reader in gender, work and organization*. R. Elly, E. Foldy et M. Sculy (Dir) (p. 26-33). Boston, MA : Blackwell.
- Hendel, T., & Steinman, M. (2002). Israeli nurse managers's organizational values in today's health care environment. *Nursing Ethics*, 9(6), 651-662.
- Hewison, A. (2007). Policy analysis : A framework for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 693-699. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00731.x
- Hewko, S. J., Brown, P., Fraser, K. D., Wong, C. A., & Cummings, G. (2014). Factors influencing nurse managers' intent to stay or leave : A quantitative analysis. *Journal of Nursing Management*. doi: 10.1111/jonm.12252
- Horton-Deutsch, S., & Sherwood, G. (2008). Reflection: An educational strategy to develop emotionally competent nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 946-954. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00957.x
- Houser, J. (2012). *Nursing research : Reading, using, and creating evidence* (2^e éd.). Denver, CO : Jones & Bartlett Learning.
- Hsu, M., & Kernohan, G. (2006). Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 120-131.
- Husserl, E. (1970). *L'idée de la phénoménologie. Cinq Leçons*. Traduit de l'allemand par Alexandre Lewit (8^e éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France.

- IBM Corp. (Released 2013). *IBM SPSS Statistics for Windows 7, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jamal, M., & Baba V. V. (2000). Job stress and burnout among Canadian managers and nurses: An empirical examination. *Canadian Journal of Public Health, 91*(6), 454-458.
- Jean, F. (2009). L'amélioration des conditions d'exercice des gestionnaires : une voie de passage obligée pour assurer la pérennité du réseau public de santé et des services sociaux. *Le point en administration de la santé et des services sociaux, 5*(2), 10-12.
- Johns, C. (2009). *Becoming a reflective practitioner* (3^e éd.). Oxford, UK :John Wiley & Sons Ltd.
- Johnson, R. B., & Turner, L. S. (2003). Data collection strategies in mixed methods research. Dans A. Tashakkori & C. Teddlie (Dir), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (p. 297-319). Thousand Oaks, CA :Sage.
- Kanter, R. M. (1977). *Men and women of the corporation*. New York, NY : Basic Books.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, NY : Basic Books.
- Karsten, M., Baggot, D., Brown, A., & Cahill, M. (2010). Professional coaching as an effective strategy to retaining frontline managers. *Journal of Nursing Administration, 40*(3), 140-144. doi:10.1097/ANS.0b013e318271d2cd
- Kelly, K. (2014). Power, Politics, and influence. Dans P. S. Yoder-Wise (Éd.), *Leading and managing in nursing* (5^e éd. révisée, p.177-195). St. Louis, MO : Elsevier Mosby.
- Kelly, L. A., Wicker, T. L., & Gerking, R. D. (2014). The relationship of training and education to leadership practices in frontline nurse leaders. *Journal of Nursing Administration, 44*(3), 158-163. doi: 10.1097/NNA.0000000000000044
- Kérouac, S. & Duquette, A. (1992). *Étude longitudinale des déterminants psychosociaux de l'épuisement professionnel et de la santé des infirmières québécoises en milieu gériatrique* (Document inédit). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Keys, Y. (2014). Looking ahead to our next generation of nurse leaders : Generation X nurse manager. *Journal of Nursing Management, 22*, 97-105. doi: 10,1111/jonm. 12198
- Kierman, W. E., & Knutson, K. (1990). Quality of work life. Dans R. Schalock (Éd.), *Quality of life: Perspectives and issues* (p. 101-114). Washington, DC : American Association on Mental Retardation.

- Kingston, M. B., & Brooks Turkel, M. (2011). Caring science and complexity science guiding the practice of hospital and nursing administration practice. Dans A. W. Davidson, M. A. Ray & M. C. Turkel (Éds), *Nursing caring and complexity science : For human-environment well-being* (p. 169-185). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Krejci, J. W. (1999). Changing roles in nursing. Perceptions of nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*, 29, 21-29.
- Kristensen, T. (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases [Numéro spécial]. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 25(6), 550-557.
- Kroll, T., & Neri, M. (2009). Designs for mixed methods research. Dans S. Andrew & E. Halcomb (dir.), *Mixed methods research for nursing and the health sciences* (Chap. 3, p. 31-49). University of Western Sidney, Australia : Wiley-Blackwell, A. John Wiley & Sons, Ltd., Publications.
- Lanctôt, N. G. (2011). *La qualité de vie au travail et en général des personnes ayant des troubles mentaux graves travaillant dans des entreprises sociales* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, QC. Repéré à : <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/5815>
- Laschinger, H. K. S. & Wong, C. (2007). *Structure et impact de la gestion des soins infirmiers dans les hôpitaux canadiens*. Rapport synthèse de recherche de la FCRSS. Canada.
- Laschinger, H. K. S., & Finegan, J. (2008). Situational and dispositional predictors of nurse manager burnout: A time-lagged analysis. *Journal of Nursing Management* 16, 601–607. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00904.x
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., & Wilk, P. (2011). Situational and dispositional influences on nurses workplace wellbeing. *Nursing Research* 60(2), 124-131.
- Laschinger, H. K. S., Wong, C., Grau, A., Read, E., & Pineau Stam L. (2011). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 877–888. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01307.x
- Laschinger, H. K. S., Wong, C., Macdonald-Rencz, S. Burkoski, V., Cummings, G., D'amour, D..., & Grau, A. (2013). Part 1: The influence of personal and situational predictors on nurses' aspirations to management to management roles : preliminary finds of national survey of Canadian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21, 217-230. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01452.x
- Lashinger, H. K. S., Almost, J., Purdy, N., & Kim, J. (2004). Predictors of nurse manager's health in Canadian restructured healthcare settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 88-105.

- Lavoie-Tremblay, M., Leclerc, E., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2010). The needs and expectations of generation Y nurses in the workplace. *Journal of Nursing Staff Development, 26*(1), 2-8. doi: 10.1097/NND.0b013e3181a68951
- Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2011). Turnover intention among new nurses: A generational perspective. *Journal of Nursing Staff Development, 27*(1), 39-45. doi: 10.1097/NND.0b013e31819945c1
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C. & Mayrand Leclerc, M. (2003). L'environnement de travail : un élément déterminant du bien-être et de la qualité de vie au travail des infirmières. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, M. Mayrand Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (p. 37-46). Québec, QC : Presses Inter Universitaires.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York, NY : Springer Publishing Company.
- Leavitt, J. K., Chaffee, M. W., & Vance, C. (2014). Learning the ropes of policy, politics, and advocacy. Dans D. J. Manson, J. K. Leavitt, & M. W. Chaffee (Éds), *Policy & politics in nursing and health care* (6^e éd., p. 19-38). St-Louis, MI.
- Lee H., Spiers J. A., Yurtseven O., Cummings, G., Sharlow, J., Bhatti, A., & Germann, P. (2010). Impact of leadership development on emotional health in healthcare managers. *Journal of Nursing Management 18*, 1027–1039. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01178.x
- Lee, H., & Cummings, G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: A systematic review. *Journal of Nursing Management, 16*(7), 768-783. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00879.x
- Lee, Y. W., Dai, Y. T., Park, C. G., & McCreary, L. L. (2013). Predicting quality of work life on nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Scholarship, 45*(2), 160-168. doi: 10.1111/jnu.12017
- Lee, Y. W., Dai, Y. T., Park, C. G., McCreary, L. L., Lee H., Spiers J. A., Yurtseven O..., & Germann, P. (2010). Impact of leadership development on emotional health in healthcare managers. *Journal of Nursing Management 18*, 1027–1039.
- Leininger, M. (2010). Part one: The theory of culture care diversity and universality. (chap. 18, p. 317-328). Dans M. E. Parker & M. C. Smith (dir.), *Nursing theories & nursing practice*. Philadelphia, PA : F.A. Davis Company.
- Leiter, M. P., & Laschinger, H. K. S. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout: Testing a causal model. *Nursing Research 55*(1), 137-146.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hill, CA : Sage.

- Lindholm, M., & Udén, G. (2001). Nurse managers' management direction and role over time. *Nursing Administration Quarterly*, 25(4), 14-29.
- Litchfield, M. C., & Jonsdottir, H. (2008). A practice discipline that's here and now. *Advances in Nursing Science*, 31(1), 79-91.
- Lobiondo-Wood, G., Haber, J., & Singh, M. D. (2013a). Non experimental design. Dans G. Lobiondo-Wood & J. Haber (dir.), *Nursing research in Canada* (2^e éd., Chap. 11, p. 234-252).
- Lobiondo-Wood, G., Haber, J., & Singh, M. D. (2013b). Rigour in research. Dans G. Lobiondo-Wood & J. Haber (dir.), *Nursing research in Canada* (2^e éd., Chap. 14, p. 306-330).
- Loscocco, K., & Rochelle, A. (1991). Influences on the quality of work and nonwork life: Two decades in review. *Journal of Vocational Behavior*, 39(1), 182-225. doi: 10.1016/0001-8791(91)90009-B
- Mackoff, B. L., Glassman, K., & Budin, W. (2013). Developing a leadership laboratory for nurse managers based on lived experiences: A participatory action research model for leadership development. *Journal of Nursing Administration*, 43(9), 447-454. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182a23bc1
- Maddi, R. S. (1990). Issues and interventions in stress mastery. Dans H. S. Friedman (dir.), *Personality and disease* (p. 121-154). New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore : John Wiley and Sons, Inc.
- Maddi, R. S., & Kobasa, C. S. (1984). *The hardie executive : Health under stress*. Homewood, Illinois : Dow Jones-Irven.
- Malata, A., Hauck, Y., Monterosso, L., & McCaul, K. (2007). Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 67-78. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04380.x
- Manojlovich, M., & Laschinger, H. K. S. (2007). The nursing worklife model : Extending and refining a new theory. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 256-263. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00670.x
- Marchand, M. E., & Morais, H. (2009). Le coaching : tout le monde en parle mais.... Qu'est-ce que c'est au juste ? *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 5(2), 22-24.
- Marquis, S. (2012). La détresse psychologique chez les gestionnaires; un retour à l'humanité. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 8(3), 6-12.

- Martel, J.-P., & Dupuis, G. (2006). Quality of work life: Theoretical and methodological problems and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, 77(2), 333-368. doi: 10.1007/s11205-004-5368-4
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Mayoh, J., & Onwuegbuzie, A. J. (2015). Toward a conceptualization of mixed methods. Phenomenological research. *Journal of Mixed Method Research*, 9(1), 91-107. Repéré à :
<file:///C:/Users/owner/Desktop/Toward%20a%20Conceptualization%20of%20Mixed%20Methods%20Phenomenological%20Research.htm>
- Mayrand Leclerc, M. (2006). *Descriptions et stratégies optimisant l'environnement psychosocial du travail des chefs d'unité(s) de soins infirmiers de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC.
- Mayrand Leclerc, M. (2010a). *Answering new managers' challenges: The coach manager as supportive and structural innovation-practical application*. Communication orale présentée au séminaire *Nursing Workforce Determinants (NUR2-720)* à l'école de nursing de l'Université Mc Gill, Montréal, QC.
- Mayrand Leclerc, M. (2010b). *Perceptions and strategie: Optimizing nurse managers' psychosocial work environment*. 1^{re} partie. Communication orale présentée au séminaire *Nursing Workforce Determinants (NUR2-720)* à l'école de nursing de l'Université Mc Gill, Montréal, QC.
- Mayrand Leclerc, M., Lavoie-Tremblay, M. & Viens, C. (2006a). L'environnement psychosocial des cadres gestionnaires infirmiers. Dans P. Delmas & M. Mayrand Leclerc (dir.), *Sortir du management panique. Tome 1 : Les professionnels de santé, sont-ils en santé?* (Chap. 6, p. 106-118). Paris, France : Lamarre.
- Mayrand Leclerc, M., Le Beau, G. & Rivard, C. (2006b). La transformation des rôles des cadres gestionnaires infirmiers. Dans P. Delmas & M. Mayrand Leclerc (dir.), *Sortir du management panique. Tome 1 : Les professionnels de santé, sont-ils en santé?* (Chap. 7, p. 119-131). Paris, France : Lamarre.
- Mayrand Leclerc, M., Viens, C., Lavoie-Tremblay, M. & Brabant, F. (2005). Stratégie organisationnelle, pour un environnement des gestionnaires infirmiers. *Soins cadres*, 54(1), 48-55.
- McBride, A. B. (2011). *The growth and development of nurse leaders*. New York, NY : Springer Publishing Company.

- McConville, T., & Holden, L. (1999). The filling in the sandwich: HMR and middle managers in the health sector. *Personnel Review*, 28(5/6), 406-424. doi:10.1108/00483489910286738
- McDowell, J. B., Williams, R. L., & Kautz, D. D. (2013). Teaching the core values of caring leadership. *International Journal for Human Caring*, 17(4), 43-51.
- McNichols, C. W., Stahl, M. J., & Manly, R. T. (1978). A validation of Hoppock's job satisfaction measure. *Academy of Management Journal*, 21(4), 737-742. Repéré à : <http://dx.doi.org/10.2307/255715>
- McPeake, J., Bateson, M., & O'Neill, A. (2014). Electronic surveys : How to maximise success. *Nurse Researcher*, 21(3), 24-26. doi: 10.7748/nr2014.01.21.3.24.e1205
- Meyer R. M., O'Brien-Pallas L., Doran D., Streiner D., Ferguson-Paré, M., & Duffield C. (2011). Front-line managers as boundary spanners: Effects of span and time on nurse supervision satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 19(5), 611-622. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01260.x
- Meyer, R. M. (2008). Span of management : Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 63(1), 104-112. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04635.x
- Milton, C. (2010). Quality of worklife for nurses: An ethical perspective. *Nursing Science Quarterly*, 23(4), 287-289. doi: 10.1177/0894318410380259
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. (Projet de loi no 10, chapitre 1). Document repéré à : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2001). *Planification de la main-d'œuvre : personnel cadre et hors cadre du réseau de la santé et des services sociaux*. Québec, QC : Publications du gouvernement du Québec. Document repéré à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs43616>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2004). *Planification de la main-d'œuvre : personnel cadre et hors cadre du réseau de la santé et des services sociaux*. Bilan des réalisations 2001-2004. Québec, QC : Publications du gouvernement du Québec. Document repéré à : <http://bibvir2.uqac.ca/archivage/24278976.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2007). *Politique de développement des compétences du personnel d'encadrement*. Québec, QC : Gouvernement du Québec. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-514-03.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Info statistiques 2008 en ressources humaines [SERHUM]*. Québec, QC : Publications du gouvernement du Québec. Document repéré à :
<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?id=So4jQopNRQ4=&j=7p8eWWFQyK4=>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2009a). *Info Statistiques 2009*. Québec, QC : Publications du gouvernement du Québec. Document repéré à :
<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?id=KSbFkXk+dss=&j=7p8eWWFQyK4=>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2009b). *Les conditions d'exercice des cadres intermédiaire du réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Cadre de référence élaboré par l'équipe du consortium Criso pour la direction de la planification de la main-d'œuvre et du soutien au changement. Québec, QC : Publications du gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2012). *Politique nationale de développement des compétences du personnel d'encadrement*. Québec, QC Gouvernement du Québec. Repéré à :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-524-12W.pdf>
- Minnar, A. (2002). A framework for caring in the human resource management process of nurses. *Curationis* 25(1), 35-40. Repéré à :
http://scholar.google.ca/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=6-1O9kwAAAAJ&citation_for_view=6-1O9kwAAAAJ:2osOgNQ5qMEC
- Mintzberg, H. (2003). *Le management : voyage au centre des organisations* (6^e éd.). Traduit par J.-M. Behar de : Mintzberg on management. Inside our strange world of organization. New-York, NY : The free press.
- Mintzberg, H. (2010). *Gérer (tout simplement)*. Traduit de l'anglais (Canada) par Nathalie Tremblay de : Managing. Montréal, QC : Les éditions Transcontinental.
- Montalvo W. (2015). Political skill and its relevance to nursing. An integrative review. *The Journal of Nursing Administration*, 45(7-8), 377-383.
doi: 10.1097/NNA.0000000000000218
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained. Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48-76. doi: 10.1177/2345678906292462
- Morse, J. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Journal Nursing Research*, 40(2), 120-123. doi: 10.1097/00006199-199103000-00014
- Morse, J. (2008). Serving two masters: The qualitatively-driven, mixed method proposal. *Qualitative Health Research*, 18(12), 1607-1608.

- Mountford, J., & Marshall, M. (2014). More dialogue, more learning, more action. *BMJ, Quality & Safety*, 23(2), 89-91. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002471
- Muncey, T. (2009). Does mixed methods constitute a change in paradigm? Dans S. Andrew & E. Halcomb (dir), *Mixed methods research for nursing and the health sciences* (Chap. 2, p. 13-30). University of Western Sidney, Australia : Wiley-Blackwell, A. John Wiley & Sons, Ltd., Publications.
- Munhall, P. L. (2012). *Nursing research, a qualitative perspective* (5^e éd.). Toronto, ON : Jones & Bartlett Learning.
- Murray, K. (2009). Optimizing span of contro: Implementing adjunct care programs. *Nursing Management July*, 40(7), 56. doi: 10.1097/01.NUMA.0000357805.69010.a5
- Nasl Saraji, G., & Dargahi, H. (2006). Study of Quality of Work Life (QWL). *Iranian Journal of Public Health*, 35(6), 8-14.
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D., & Jones, D. (2008). The Focus of the Discipline Revisited. *Advances in Nursing Science*. 31(1), E16-E27.
- Norman, G. R., & Streiner, D. L. (2008). *Biostatistics : The bare essentials* (3^e éd.). Shelton, CT : PMPH.
- Nyberg, J. (1989). The element of caring in nursing administration. *Nursing Administration Quarterly*, 13(3), 9-16.
- Nyberg, J. (1990a). The effects of care and economics on nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 20(5), 13-18.
- Nyberg, J. (1990b). Theoretic explorations of human care and economics: Foundations of nursing administration practice. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 74-84.
- Nyberg, J. (1993). Teaching caring to the nurse administrator. *Journal of Nursing Administration*, 23(1), 11-17.
- Nyberg, J. (1998). *A caring approach in nursing administration*. Denver, CO : University Press of Colorado.
- O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issue: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2), 12-16.
- O'Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2007). Integration and publications as indicators of yield from mixed methods studies. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 147-163. doi: 10.1177/1558689806299094
- O'Connor, M. (2008). The dimensions of leadership : A foundation form caring competency. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 21-26.

- O'Connor, N., & Kotze, B. (2008). Learning organizations : A clinician primer. *Australian Psychiatric*, 16(3), 173-178. doi: 10.1080/10398560801888639
- O'Neill, M., Boyer, M., & Roch, G. (2011). Naissance, développement et expérimentation d'une méthode d'analyse et d'intervention politique en santé. Dans M. O'Neill, G. Roch et M. Boyer (dir), *Petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé* (Chap. 2, p.-17-31). Québec, QC : Presses de l'Université Laval.
- O'Reilly, L., Cara, C., Avoine, M. P. & Brousseau, S. (2011). Résilience : pour voir autrement l'intervention en réadaptation. *Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH)*, 19(1), 111-117.
- Ohman, K. A. (2000). The transformational leadership of critical care nurse managers. *Dimension of Critical Care Nursing*, 19(1), 46-54.
- Olender, L. D. (2013). *Nurse manager caring and workplace bullying in nursing : The relationship between staff nurses' perceptions of nurse manager caring behaviors and their perception of exposure to workplace bullying within multiple healthcare settings* (Thèse de doctorat inédite). Repéré à : <http://scholarship.shu.edu/dissertations/1906/>
- Olge, K. B. (2004). *Shifting (com)positions on the subject management : A critical feminist postmodern ethnography of critical care nursing* (Thèse de doctorat inédite). Southern Cross University, Australia.
- Oliver, B., Gallo, K., Quinn Griffin, M., White, M., & Fitzpatrick, J. (2014). Structural empowerment of clinical nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 44(4), 226-231. doi: 10.1097/NNA.0000000000000059
- Onwuegbuzie, A., Bustamante, R., & Nelson, J. (2010). Mixed research as a tool for developing quantitative instruments. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(1), 56-78. doi: 10.1177/1558689809355805
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). *Données statistiques sur les cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau* (Document inédit). Montréal, QC : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2008). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier, 2007-2008 : le Québec et ses régions* (p. 1-167), Montréal, QC : OIIQ.
- O'Reilly, L. (2007). *La signification de l'expérience « d'être avec » la personne soignée et sa contribution à la réadaptation : la perception des infirmières* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.

- O'Reilly, L. & Cara, C. (2014). La phénoménologie de Husserl. Application de la méthode d'Investigation relationnelle *caring* pour mieux comprendre l'expérience infirmière « d'être avec » la personne soignée en réadaptation. Dans M. Corbière et N. Larivière (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 29-48). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Paley, J. (2001). An archaeology of caring knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 36(2), 188-198. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01959.x
- Paley, J. (2002a). Caring as a slave morality: Nietzschean theme in nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 25-35. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02337.x
- Paley, J. (2002b). Virtues of autonomy: The Kantian ethics of care. *Nursing Philosophy*, 3(2), 133-143. doi: 10.1046/j.1466-769X.2002.00094.x
- Paliadelis, P. S. (2004). Nurses as managers: Education and support for the role. Dans A. Lazaridou, G. Papanikos & N. Pappas (Éds), *Education : Concepts and practices* (p. 559–567). Athènes, Grèce : Institute for Education and Research.
- Paliadelis, P. S. (2005). Rural nursing unit managers : Education and support for the role. *Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*, 5(325), 1-8. Repéré à : <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=325>
- Paliadelis, P. S. (2006). *The working world of nursing unit managers* (Thèse de doctorat inédite). University of New England, Australia.
- Paliadelis, P. S. (2008). The working world of nursing unit managers: Responsibility without power. *Australian Health Review*, 32(2), 256-264.
- Paliadelis, P. S. (2012). Nurse managers don't get the corner office. *Journal of Nursing Management*, 1, 1-10. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01405.x
- Paliadelis, P. S., Cruickshank, M., & Sheridan, A. (2007). Caring for each other: How nurse managers « manage » their role? *Journal of Nursing Management*, 15(1), 830-837. doi: 10.1111/j.1365-2934.2007.00754.x
- Panayiotou, A., & Kafiris, K. (2011), Viewing the language of space: Organizational spaces, power and resistance in popular films. *The Journal of Management Inquiry*, 20(3), 263-284. doi:10.1177/1056492610389816
- Pannowitz, H. K. (2007). *Unsaid voices of middle-level women nurses' experience of Western Australian public hospital: An integrated feminist postmodern ethnography* (Thèse de doctorat inédite). Southern Cross University, Australia.

- Pasche, D. F. (2009). National Humanization Policy (NHP) as a commitment to collective production of changes in management and care methods. Traduit par P. S. P. Badiz. *Interface*, 13(1), 701-708. Repéré à : http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/en_a21v13s1.pdf
- Patton, R. M., Zalon, M. L., & Ludwick, R. (2015). Leading the way in policy. Dans R. M. Patton, M. L. Zalon et R. Ludwick (dir), *Nurses making policy from bedside to boardroom* (p. 3-39). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Pepin, J., K erouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3   d.). Montréal, Q C :  ditions Cheneli re  ducation.
- Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*, 21(2), 381-391. Repéré   : <http://www.jstor.org/stable/2489828>
- Pipe, T. B. (2008). Illuminating the inner leadership journey by engaging intention and mindfulness as guided by Caring theory. *Nursing Administration Quarterly*, 32(2), 117-125.
- Pipe, T. B., & Bortz, J. J. (2009). Mindful leadership as healing practice : Nurturing self to serve others. *International Journal for Human Caring*, 13(2), 34-38.
- Pipe, T. B., Bortz, J. J., Dueck, A., Pendergast, D., Buchda, V., & Summers, J. (2009). Nurse leader mindfulness meditation program for stress management : A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Administration*, 39(3), 130-137.
- Pirson, M. A., & Lawrence, P. R. (2010). Humanism in business-Towards a paradigm shift? *Journal of Business Ethics*, 93, 553-565. doi: 10.1007/s10551-009-0239-1
- Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the power of stories and the power of numbers: Mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 29-45. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182440.
- Ponti, M. A. (2009). Transition from leadership development to succession management. *Nursing Administration Quarterly*, 33(2), 125-141.
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2015). Changing organizations, institutions, and government. Dans R. M. Patton, M. L. Zalon et R. Ludwick (dir.), *Nurses making policy from bedside to boardroom* (p. 235-276). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Pot, F. D., & Koningsveld, E. A. P. (2009). Quality of working life and organizational performance-two sides of de same coin? *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 35(6), 421-428. doi: 10.5271/sjweh.1356
- Pruijt, H. (2000). Performance and quality of working life. *Journal of Organisational Change*, 13(4), 389-400. doi: 10.1108/09534810010339077

- Purnell, L. D. T. (1999). Health care managers' and administrators' roles, functions, and responsibilities. *Nursing Administration Quarterly*, 23(3), 26-37.
- Ranheim, A. (2009). Caring and its ethical aspects—an empirical philosophical dialogue on caring. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), 78-89. doi: 10.1080/17482620902727300
- Ray, M. A. (1989). Transcultural caring: Political and economic visions. *Journal of Transcultural Nursing*, 1(1), 17-21. doi: 10.1177/104365968900100104
- Ray, M. A. (1991a). Phenomenological method for nursing research. Dans Wayne State University College of Nursing (dir.), *Summer research conference monography; Nursing theory research and practice* (p. 163-172). Detroit, M : WSU Press.
- Ray, M. A. (1991b). Caring inquiry: The esthetic process in the way of compassion. Dans D. A. Gaut & M. M. Leininger (dir.), *Caring : the compassionate healer* (p. 181-189). New York, NY : National League for Nursing.
- Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2010). Marilyn Anne Ray's theory of bureaucratic caring. Dans M. E. Parker & M. C. Smith (dir.), *Nursing theories & nursing practice* (3^e éd., p. 472-494). Philadelphia, PA : F.A. Davis Company.
- Reeder, F. (1987). The phenomenological movement [Image]. *Journal of Nursing Scholarship*, 19(3), 152-157. doi: 10.1111/j.1547-5069.1987.tb00614.x
- Reeder, F. (1991). Conceptual foundations of science and key phenomenological concepts. Dans Summer research conference monographs (dir.), *Nursing theory, research & practice* (p. 177-187). Detroit, MI : Wayne State University.
- Réseau international Planetree (2009). Modèle international et ses composantes. Repéré à : <http://reseauplanetree.org/organisation/modeles/>
- Richmond, P. A., Brook, K., Hicks, M., Pimpinella, A., & Jenner, C. A. (2009). C.O.M.E. be a nurse manager. *Nursing Management*, 1, 52-54.
- Roch, G., Roy, M., Dallaire, C. & Robinette, L. (2011). Actualisation d'une philosophie de soin humaniste en contexte hospitalier. Dans M. O'Neill, G. Roch et M. Boyer (dir.), *Petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé*. (Chap. 9, p. 187-205). Québec, QC : Presses de l'Université Laval.
- Rocha, D., & Carvalho, R. (2007). Humanizing health care : What do nursing students think? *Einstein*, 5(4), 314-320.
- Rogers, C. R. (1995). *A way of being*. Boston, MA : Houghton Mifflin Company. (Ouvrage original publié en 1980).

- Rosengren, K., & Bondas, T. (2010). Supporting “two-getherness”: Assumption for nurse managers working in a shared leadership model. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 288-295. doi: 10.1016/j.iccn.2010.08.002
- Rossmann, G. B., & Wilson, B. L. (1985). Numbers and words: Combining quantitative and qualitative methods in a single large-scale evaluation study. *Evaluation Review*, 9, 627–643. doi: 10.1177/0193841X8500900505
- Roy, M., & Robinette, L. (2004). *Le caring : démarche d’actualisation en milieu clinique*. Montréal, QC : Édition de l’Hôpital Ste-Justine.
- Sale, J. E., & Smoke, M. (2007). Measuring quality of work-life: A participatory approach in a Canadian cancer center. *Journal of Cancer Education*, 22(1), 62-66. doi: 10.1007/BF03174378
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advanced in Nursing Science*, 8(3), 27-37.
- Sellgren, S. F., Ekvall, G., & Tomson, G. (2008). Leadership behaviour of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 578-587. doi: 10.1111/j.1365-2934.2007.00837.x
- Sherman, R. O. (2005). Growing our future nurse leaders. *Nursing Administration Quarterly*, 29(2), 125-132.
- Shermont, H., Krepcio, D., & Murphy, J. M. (2009). Career mapping. Developing nurse leaders, reinvigorating careers. *Journal of Nursing Administration*, 39(10), 432-437. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181b92264
- Sherwood, G. (2003). Leadership for a healthy work environment : Caring for the human spirit. *Nurse Leader*, 1(5), 36-40.
- Shiparski, L., & Authier, P. (2013). Mentoring frontline managers. The viral force in stimulating innovation at point of care. *Nursing Administration Quarterly*, 37(1), 28-36. doi: 10.1097/NAQ.0b013e31827514d2
- Shirey, M. R. (2006). Stress and coping in nurse managers : Two decades of research. *Nursing Economic\$, 24(4)*, 193-203.
- Shirey, M. R. (2007). Competencies and Tips for Effective Leadership. From Novice to Expert. *Journal of Nursing Administration*, 37(4), 167-170.
- Shirey, M. R. (2009a). Authentic leadership, organizational culture, and healthy work environments. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(3), 189-198. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181ab91db

- Shirey, M. R. (2009b). *Stress and coping in nurse managers : A qualitative description* (Thèse de doctorat inédite). Université d'Indiana, IN. Repéré à : <https://scholarworks.iupui.edu/handle/1805/1866>
- Shirey, M. R., Ebright, P. R., & McDaniel, A. (2013). Nurse manager cognitive decision-making amidst stress and work complexity. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 17-30. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01380.x
- Shirey, M. R., Ebright, P. R., & McDaniel, A. M. (2008). Sleepless in America: Nurse managers cope with stress and complexity. *Journal of Nursing Administration*, 38(3), 125-131. doi: 10.1097/01.NNA.0000310722.35666.73
- Shirey, M. R., McDaniel, A., Ebright, P., Fisher, M. L., & Doebbeling, B. (2010). Understanding nurse manager stress and work complexity : Factors that make a difference. *Journal of Nursing Administration*, 40(2), 82-91. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181cb9f88
- Siegest, J. (1996). Adverse effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41. doi: 10.1037/1076-8998.1.1.27
- Simmons, A.-M. (2013). *The relationship of work stressors and perceived organizational support on front line nurse manager work engagement* (Thèse de doctorat inédite). Repéré à : http://works.gc.cuny.edu/etd_1965-2013/277/
- Sitzman, K., & Watson, J. (2014). *Caring science mindful practice. Implementing Watson's Human caring theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Skagert, K., Dellve, L., & Ahlborg, G. JR. (2011). A prospective study of managers' turnover and health in healthcare organization. *Journal of Nursing Management* 20, 889-899. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01347.x
- Skytt, B., Ljunggren, B., & Carlsson, M. (2007). Reasons to leave : The motives of first-line nurse managers' for leaving their posts. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 294-302. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00651.x
- Sorensen Marschall, E. (2011). *Transformational leadership in nursing. From expert clinician to influential leader*. New York, NY : Spring Publishing Company.
- Sørensen, E. E., Delmar, C., & Pederson, B. D. (2011). Leading nurses in dire straits: Head nurses' navigation between nursing and leadership roles. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 421-30. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01212.x
- Spehar, I., Frich, J. C., & Kjekhus, L. E. (2012). Clinicians' experiences of becoming a clinical manager : A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12, 421-439. doi: 10.1186/1472-6963-12-421

- Spitzeck, H. (2011). An integrated model of humanistic management. *Journal of Business Ethics*, 99(1), 51-62. doi: 10.1007/s10551-011-0748-6
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview* (1^{re} éd.). Belmont, CA : Wadsworth Cengage Learning.
- Srsic-Stoehr, K., Rogers, L., & Douglas, R. L. (2004). Success skills for the nurse manager: Cultural debut and sustainment. *Nurse Leader*, 2(6), 36-41. doi: 10.1016/j.mnl.2004.09.006
- Stein Backes, D., Santos Koerich, M., & Lorenzini Erdmann, A. (2007). Humanizing care through the valuation of the human being : Resignification of values and principles by health professionals. *Revista. Latino-Americana. Enfermagem* 15(1), 34-41. Repéré à : <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100006>
- Stevenson-Dysktra, K. (2003). Making the transition : Staff nurse to front-line nurse leader. *Nursing Leadership*, 16(3), 62-68.
- St-Germain, D. (2007). *La sécurité des patients : la contribution de l'approche de caring des infirmières œuvrant en soins de réadaptation* (Thèse de doctorat inédite et soumise pour publication par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé [GRIS]). Université de Montréal, Montréal, QC.
- St-Germain, D., Blais, R. & Cara, C. (2008). La contribution de l'approche de *caring* des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 57-67.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research :Techniques and procedures for developing grounded theory* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Streubert Speziale, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative* (4^e éd.). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. (Ouvrage original publié en 2007).
- Surakka, T. (2008). The nurse manager's work in the hospital environment during the 1990s and 2000s: Responsibility, accountability and expertise in nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 16(1), 525-534. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00901.x
- Swanson, J. W. (2000). Zen leadership: Balancing energy for mind, body, spirit harmony. *Nursing Administration Quarterly*, 24(2), 29-33.
- Swanson, K. M. (2006). Kristine M. Swanson: A program of research on caring. Dans M.E. Parker (dir.). *Nursing theories and nursing practice* (2^e éd., p. 351-359). Philadelphia, PA : F.A Davis.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6^e éd.). Boston, MA : Pearson.

- Table sectorielle nationale des RUIS en soins infirmiers. (2010). *Deuxième avis sur le leadership infirmier en gestion dans le réseau de la santé*. Montréal, QC.
- Tarrant, T., & Sabo, C. E. (2010). Role conflict, role ambiguity, and job satisfaction in nurse executives. *Nursing Administration Quarterly*, *34*(1), 72-82.
doi: 10.1097/NAQ.0b013e3181c95eb5
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Terzioglu, F. (2006). The perceived problem-solving ability of nurse managers. *Journal of Nursing Management*, *14*(5), 340-347. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00551.x
- Thorpe, K., & Loo, R. (2003). Balancing professional and personal satisfaction of nurse managers: Current and future perspectives in a changing health care system. *Journal of Nursing Management*, *11*(5), 321-330. doi: 10.1046/j.1365-2834.2003.00397.x
- Titzer, J., & Shirey, M. R. (2013). Nurse manager succession planning : A concept analysis. *Nursing Forum*, *48*(3), 155-164. doi: 10.1111/nuf.12024
- Titzer, J., Phillips, T., Tooley, S., Hall, N., & Shirey, M. R. (2013). Nurse manager succession planning : Synthesis of evidence. *Journal of Nursing Management*, *21*, 971-979.
doi: 10.1111/jonm.12179
- Titzer, J., Shirey, M. R., & Hauck, S. (2014). A nurse manager succession planning model with associated empirical outcomes. *Journal of Nursing Administration*, *44*(1), 37-46.
doi: 10.1097/NNA.0000000000000019
- Todres, L. (2003). Humanising forces: Phenomenology in science; Psychotherapy in technological culture. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking Research with Practice*, *3*(3), 196-203. doi: 10.1080/14733140312331384352
- Todres, L., Galvin, K. T., & Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *4*(2), 68-77.
- Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led healthcare: Revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *10*(1), 53-63. doi: 10.1007/s11019-006-9012-8
- Tonges, M. C., Baloga-Altieri, B., & Atzori, M. (2004). Amplifying nursing's voice through a staff-management partnership. *Journal of Nursing Administration*, *34*(3), 134-139.
doi: 10.1097/00005110-200403000-00006

- Trotter Betts, V., Tillai-McGuinness, S., & Williams, L. A. (2015). Serving the public to policy and leadership. Dans R. M. Patton, M. L. Zalon et R. Ludwick (dir.), *Nurses making policy from bedside to boardroom* (p. 397-432). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Turcotte, P. R. (1988). *La qualité de vie au travail : une voie vers l'excellence*. Université du Québec, Québec, QC : Les éditions Agence d'ARC Inc.
- Turkel, M. (2003). A journey into caring as experienced by nurse managers. *International Journal for Human Caring*, 7(1), 20-26.
- Turkel, M. (2007). Dr. Marilyn Ray's theory of bureaucratic caring. *International Journal for Human Caring*, 11(4), 57.
- Twedell, D. M. (2014). The role transition. Dans P. S. Yoder-Wise (dir.), *Leading and managing in nursing* (5^e éd., p. 537-550). Missouri, USA :Elsevier Mosby.
- Udod, S. A., & Care, W. D. (2012). Walking a tight rope: An investigation of nurse managers work stressors and coping experiences. *Journal of Research in Nursing*, 18(1), 67-79. doi: 10.1177/1744987111434189
- Unterschuetz, C., Hughes, P., Nienhauser, D., Weberg, D., & Jackson, L. (2008). Caring for innovation and caring for the innovator. *Nursing Administration Quarterly*, 32(2), 133-141. doi: 10.1097/01.NAQ.0000314542.67359.fe
- Vaes, J., & Muratore, M. (2013). Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *The British Journal of Social Psychology*, 52(1), 180-190. doi: 10.1111/bjso.12008
- Vagharseyyedin, S. A., Vanaki, Z., & Mohammadi, E. (2011). The nature nursing quality of work life: An integrative review of literature. *Western Journal of Nursing Research*, 33(6), 786-804. doi: 10.1177/0193945910378855
- Van den Beuken, J., & Dumas, L. (2013). Créer un changement organisationnel durable : transformer l'espoir en réalité. Dans S. B. Frampton, P. A Charmel., & S. Guastello en collaboration avec le réseau Planetree Québec (dir.), *L'humain au cœur de l'expérience, recueil de pratiques de soins et de gestion en santé* (1^{re} éd., p. 155-170). Laval, QC : Guy St-Jean Éditeur.
- Varney, J. (2009). Humanistic mentoring: Nurturing the person within. *Kappa Delta Pi Record*, 45(3), 128-131. doi: 10.1080/00228958.2009.10517302
- Viitanen, E., Wiili-Peltola, E., Tampusi-Jarvala, T., & Lehto, J. (2007). First-line nurse managers in university hospitals - Captives to their own professional culture? *Journal of Nursing Management*, 15(1), 114-122. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00656.x

- Villeneuve, F. (2005). *L'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmières-chefs : six études de cas dans trois hôpitaux du Québec* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Wagner, L. A., Seymour, M. E. (2007). A model of caring mentorship for nursing. *Journal for Nurses in Staff Development*, 23(5), 201-211.
- Wärnå, C., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2007). Virtue and health-finding meaning and joy in working life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 191-198. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00455.x
- Watson, J. & Frampton, S. (2009). Human interactions and relationship-centered caring. Dans S. B. Frampton et P. Charmel (dir.), *Planetree: Putting Patients First : Best practice in Patient-Centered Care* (2^e éd.) (Chap. 1, p. 3-25). Jossey-Bass, San Francisco.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York, NY : National League of Nursing.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Toronto, ON : Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2001). Theory of Human Caring. Dans M. A. Parker (dir.), *Nursing theories and nursing practices* (p. 344-354). Philadelphia, PA : F. A. Davis Company.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia, PA : F. A. Davis Company.
- Watson, J. (2006a). Caring theory as ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administrative Quarterly*, 30(1), 48-55.
- Watson, J. (2006b). Carative factors - Caritas processes guide to professional nursing. *Danish Clinical Nursing Journal*, 20(3), 21-27.
- Watson, J. (2008a). Social justice and Human Caring: A model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity. *Creative Nursing*, 14(2), 54-61.
- Watson, J. (2008b). *Nursing. The philosophy and science of caring* (Éd. révisée et mise à jour). Boulder, CO : University Press of Colorado.
- Watson, J. (2009a). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (2^e éd. révisée). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Watson, J. (2009b). Caring science and Human Caring theory: Transforming personal and professional practice of nursing and healthcare. *Journal of Health & Human Services Administration*, 31(4), 466-482.
- Watson, J. (2010). Caring science and the next decade of holistic healing: Transforming self and system from the inside out. *Beginnings*, 30(2), 14-16.

- Watson, J. (2011). *Postmodern nursing and beyond* (Nouvelle éd.). Boulder, CO: Watson Caring Science Institute.
- Watson, J. (2012). *Human Caring science. A theory of nursing* (2^e éd.). Boulder, CO : Jones & Barlett Learning.
- Webster, J., Flint, A., & Courtney, M. (2009). A new practice environment measure based on the reality and experiences of nurses working lives. *Journal of Nursing Management*, *17*, 38-48. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00908.x
- Wendler, M. C., Olson-Sitki, K., & Prater, M. (2009). Succession planning for RNs : Implementing a nurse management internship. *Journal of Nursing Administration*, *39*(7-8), 326-333. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181ae9692
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, *17*(4), 73-86.
- White, K. M. (2015). Harnessing evidence in the policy process. Dans R. M. Patton, M. L. Zalon et R. Ludwick (dir.), *Nurses making policy from bedside to boardroom* (p. 129-162). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, *11*(4), 522-537. doi: 10.1177/104973201129119299
- Williams, R. L., McDowell, J. B., & Kautz, D. D. (2011). A caring leadership model for nursing's future. *International Journal for Human Caring*, *15*(1), 31-35.
- Wong, C. A., Lachinger, H. K. S., Macdonald-Rencz, S., Burkoski, V., Cummings, G., D'Amour, D..., & Grau, A. (2013). Part 2: Nurses' career aspirations to management roles: qualitative findings from a national study of Canadian nurses. *Journal of Nursing Management*, *21*(2), 231-241. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01451.x
- Wong, C. A., Laschinger, H. K. S., & Cziraki, K. (2014). The role of incentives in nurses' aspirations to management roles. *Journal of Nursing Administration*, *44*(6), 362-367. doi: 10.1097/NNA0000000000000082
- Wong, C., & Cummings, G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, *15*(5), 508-521. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00723.x
- Zeffane, R. (1994). Correlates of job satisfaction and their implications for work redesign. *Public Personnel Management*, *23*(1), 61-75. doi: 10.1177/009102609402300105
- Zink, S., Wertlieb, S., & Kimberly, L. (2005). Informed consent. *Progress in Transplantation*, *15*(4), 371-377.

Zwink, J. E., Dzialo, M., Fink, R. M., Oman, K. S., Shiskowsky, K., Waite, K..., & Le-Lazar, J. T. T. (2013). Nurse manager perceptions of role satisfaction and retention at an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 43(3), 135-141. doi: 10.1097/NNA.0b013e318283dc56

ANNEXE A

DÉFINITIONS DES DIMENSIONS DU CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LA QVT DÉVELOPPÉ PAR O'BRIEN-PALLAS ET BAUMANN (1992)

Dimensions internes

Administration

Elle fait référence aux décisions administratives de l'organisation. Elle réfère à l'influence directe de la philosophie administrative sur les personnes qui composent l'organisation et sur la façon dont les administrateurs perçoivent les valeurs des ressources humaines financières et matérielles ainsi que leur mode de fonctionnement.

Bien-être des personnes

Le bien-être correspond à l'ensemble des facteurs soit : le cheminement de carrière, les récompenses, la reconnaissance par les pairs des services rendus et la possibilité pour le personnel de s'actualiser et de réaliser son plein potentiel. Il réfère également aux conditions d'exercice dans lesquelles le travail est effectué.

Caractéristiques sociodémographiques

Elles concernent l'âge, le sexe, le statut d'emploi, l'horaire de travail, le nombre d'années d'expérience, le salaire et les services, soit les garderies, les cafétérias. Elles réfèrent également à l'interface travail et vie hors du travail (conciliation travail-famille-études).

Contexte socio-environnemental

Le contexte renvoie à la nature et à l'organisation de l'environnement physique, au *counseling*, à la **culture** du milieu de travail et aux relations entre les collègues de travail y compris avec ceux de la direction.

Structure organisationnelle

Elle réfère à la philosophie et au type de structure de l'organisation ainsi qu'aux facteurs opérationnels (la prestation des soins, la définition des tâches, la charge de travail, l'horaire et la disponibilité des ressources), au style de gestion et à la communication. On retrouve trois types de structure organisationnelle (Laschinger et al., 2007) soit :

La structure de gestion traditionnelle

Dans la structure de gestion traditionnelle, nous retrouvons un directeur général et, directement sous sa gouverne, plusieurs directions dont une des services infirmiers qui, à son

tour, dirige un ensemble d'unités de soins qui sont sous la régie de CGIPN. Dans cette structure, le niveau de participation de la direction des soins infirmiers dans la gestion organisationnelle est élevé.

La structure de gestion par programme

Dans la structure de gestion par programme, nous retrouvons un directeur général et, directement sous sa gouverne, plusieurs directions de programme avec des acteurs en position de conseil, dont la direction des soins infirmiers. Dans cette structure, le niveau de participation de la direction des soins infirmiers est de type conseil (transversal).

La structure de gestion mixte (traditionnelle et par programme)

La structure de gestion mixte regroupe les établissements de santé ayant adopté pour certains secteurs d'activités une structure de gestion par programme mais qui ont conservé pour d'autres secteurs une approche traditionnelle par département. Nous retrouvons dans ce mode de gestion, un directeur général et, directement sous sa gouverne, des directions de programme et des directions de département, dont la direction des soins infirmiers. Dans cette structure, le niveau de participation de la direction des soins infirmiers dans la gestion organisationnelle est élevé.

Dimensions externes

Demandes soumises par les usagers

Elles correspondent aux facteurs démographiques de la population, à l'opinion du public, aux technologies et aux procédures qui touchent directement la durée de séjour en milieu hospitalier.

Marché du travail

Le marché du travail détermine s'il est facile ou non de recruter du personnel cadre et non cadre au sein des établissements de santé et si ces personnes peuvent facilement se trouver un emploi.

Politiques sur les soins de santé

Elles concernent les prises de décisions et de son influence politique à l'égard du financement du système de santé, les règles, les règlements et les structures de la prestation des soins dictés par la situation économique et les priorités gouvernementales.

ANNEXE B

PRÉCONCEPTIONS DE L'INVESTIGATEUR EN REGARD À LA QVT

Préconception (*bracketing*) de l'investigateur à l'égard du phénomène de la QVT des CGIPN dans le domaine de l'administration des services infirmiers

Vision et croyances de l'investigateur à l'égard du phénomène

Pour l'investigateur, plusieurs dimensions sont tributaires des conditions favorisant la QVT des CGIPN. Il s'agit : 1) de l'autonomie dont ils disposent, 2) du leadership clinico-administratif qu'ils exercent, 3) du pouvoir décisionnel dont ils jouissent, 4) de la possibilité de s'actualiser, 5) du climat de travail dans lequel ils œuvrent, 6) d'une cohérence entre ce que l'organisation promeut comme valeurs et ce qui est appliqué au quotidien et 7) des relations humaines vécues avec les pairs, les cadres supérieurs, les décideurs et le personnel soignant et de soutien. Selon l'investigateur, on doit rendre le milieu de travail des CGIPN compatible avec leur espace de vie global incluant les sphères personnelle, professionnelle, culturelle et spirituelle. La QVT pourrait se définir comme un état d'être harmonieux et optimal entre les réalités personnelle, socioprofessionnelle, socioculturelle et spirituelle formant un tout indissociable de l'être humain. Ainsi, il d'avis que la QVT des CGIPN s'avère un élément vital quotidiennement influencé par les valeurs et la philosophie de l'organisation, les attitudes, les croyances et les activités personnelles et professionnelles ainsi que par les environnements culturel, politique, social, économique et matériel. Un milieu de travail de qualité comporte des bienfaits, tant pour le personnel cadre que pour les employés, en priorisant des pratiques humanistes en gestion qui favorisent l'épanouissement personnel et professionnel des CGIPN en les associant directement et intimement à la productivité et la performance de l'organisation. En accord avec Cara (2008a) et Watson (2008b, 2012), un climat de travail empreint de valeurs altruistes et humanistes favorisant la démocratie, des échanges positifs, une gestion participative, la résolution de problèmes, l'innovation, la créativité contribue à promouvoir de meilleures conditions d'exercice pour les CGIPN et à optimiser leur QVT.

Ce faisant, l'investigateur croit intimement que l'harmonisation de tous ces éléments peut fortement contribuer à la qualité de vie au travail d'un gestionnaire. Il est primordial que l'environnement de travail des CGIPN soit ouvert et empreint d'humanisme, contribuant ainsi à désamorcer les crises et les conflits au sein de son équipe de travail. En effet, n'effectuer quotidiennement que des activités de gestion budgétaire et de ressources humaines risque de générer de l'insatisfaction et des conflits. Cependant, il existe d'autres activités de gestion (gestion axée sur les aspects humains et cliniques) qui peuvent permettre à certains CGIPN d'y retrouver une plus grande estime de soi et un sens au travail de gestionnaire plus holistique. De plus, il apparaît essentiel de considérer des valeurs humanistes dans le cadre des changements organisationnels, des fusions d'établissements, et ce, même en situation de

compressions budgétaires. Pour avoir été lui-même gestionnaire clinique et chef de programme en CLSC au début des années 2000, l'investigateur principal considère que la collaboration et la coopération entre les collègues gestionnaires (infirmiers et non-infirmiers) contribuent à diminuer le stress associé aux activités de gestion.

Tout en assumant une compétence clinique et en cumulant une expérience préalable dans leur domaine d'expertise, les cadres infirmiers, pour mieux assumer leur leadership, doivent être en mesure de prendre des décisions autonomes, basées sur des faits et doivent être équitables tout en s'assurant que leur équipe clinique dispose des compétences et des équipements et fournitures requis pour dispenser des soins de haute qualité aux patients. De plus, les administrateurs doivent tenir compte des déterminants-clés de la QVT soit : la planification et la prévision des ressources (humaines, financières et matérielles) directement reliées à la dotation cadre infirmier. L'investigateur préconise également l'usage de la formation clinico-administrative théorique et pratique comme activité de support organisationnel et l'usage du codéveloppement pour assurer la QVT des CGIPN. Ainsi, le succès du cadre de planification et du plan d'action est tributaire de l'engagement de toutes les instances et de tous les acteurs concernés à passer du statu quo à une approche où l'humanisation joue un rôle plus important pour optimiser la QVT des CGIPN.

Considérant la fragilité dans laquelle œuvre les CGIPN du réseau de la santé, la philosophie du *Human caring* de Watson (2008b) va certainement aider à accroître l'estime de soi et la confiance ainsi qu'à freiner la dérive de la QVT chez les gestionnaires en soins infirmiers. Selon Watson (2008b), le *caring* représente un idéal moral qui permet à la personne d'aller au-delà de ses capacités à s'occuper d'autrui. Il peut aider les CGIPN à être en harmonie esprit-corps-âme et leur permettre de concourir à une forme d'actualisation de soi (Watson, 2008b, 2012). Il procure, par le fait même, un équilibre et un épanouissement personnel et professionnel. En terminant, l'investigateur estime que cette approche contribue à préserver la santé des CGIPN et constitue une force vitale pour assurer la pérennité de leur QVT.

ANNEXE C

GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien pour la phase qualitative incluant les sous-questions de clarification (probes)

- a. Dites-moi, que signifie pour vous, en tant que CGIPN, d'avoir une expérience de qualité de vie au travail?
 - b. Racontez-moi un événement vécu, dans le cadre de votre emploi, en tant que CGIPN, où vous avez ressenti avoir une QVT?
 - ✓ Pouvez-vous préciser cet élément dont vous venez de me raconter à l'aide d'un exemple concret en tant que CGIPN?
 - a. Quels sentiments ressentez-vous en lien avec votre QVT?
 - b. Selon vous, quels sont les éléments qui favorisent l'expérience d'une QVT?
 - ✓ Pouvez-vous me donner un exemple concret qui illustre votre expérience positive de QVT en tant que CGIPN ?
 - c. Selon vous, quels sont les éléments qui nuisent à l'expérience d'une QVT?
 - ✓ Pouvez-vous me donner un exemple concret qui illustre votre expérience négative de QVT en tant que CGIPN ?
 - d. Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait améliorer la QVT des CGIPN?
 - ✓ Pensez-vous que cela est réalisable ?
 - g. Souhaitez-vous ajouter autre chose à propos de la QVT?
-

ANNEXE D

SCHÉMATISATION DU PROCESSUS D'ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES PHÉNOMÉNOLOGIQUES (CARA, 2002)

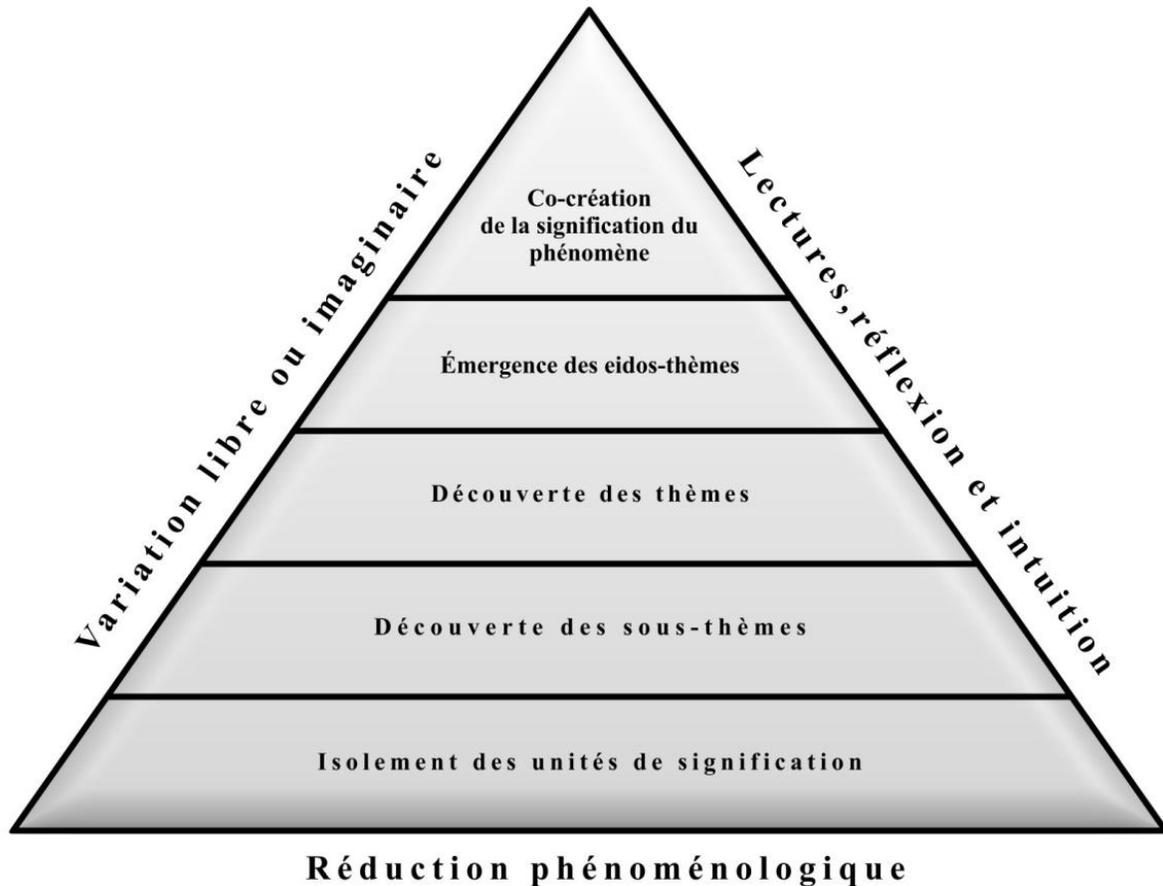
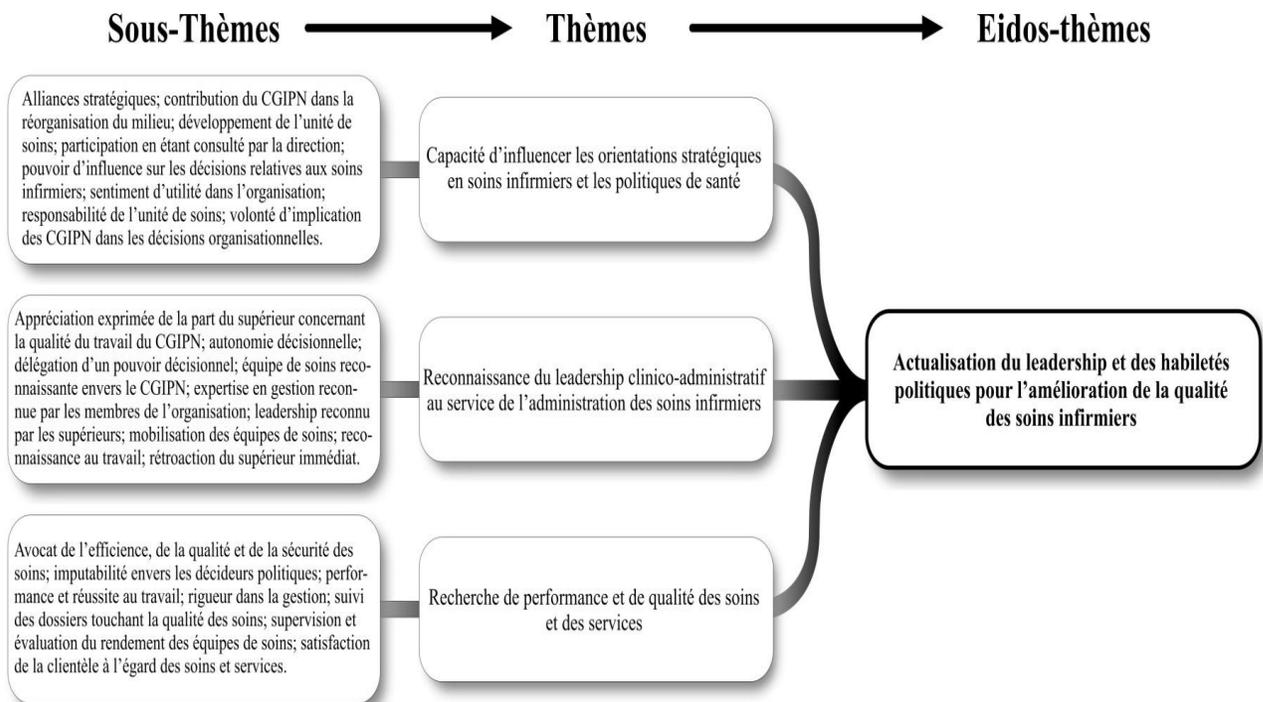


Figure D. 1 Schématisation du processus d'analyse des données qualitatives phénoménologiques (Cara, 2002)

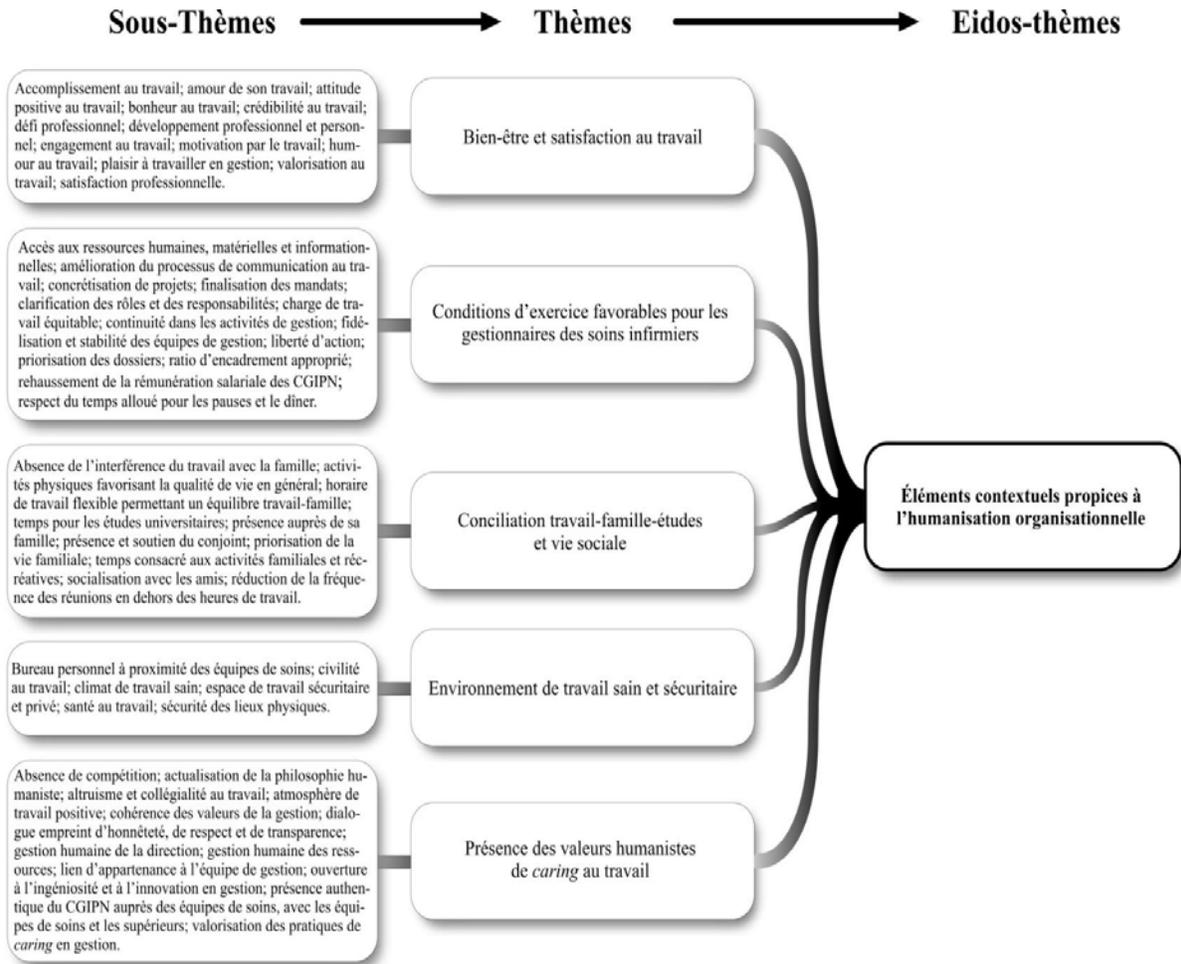
ANNEXE E

SCHÉMATISATION DE L'ANALYSE PERMETTANT L'ÉMERGENCE DES SOUS-THÈMES-THÈMES-EIDOS-THÈMES (FAVORABLES ET DÉFAVORABLES À LA QVT) ISSUS DE L'ANALYSE QUALITATIVE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

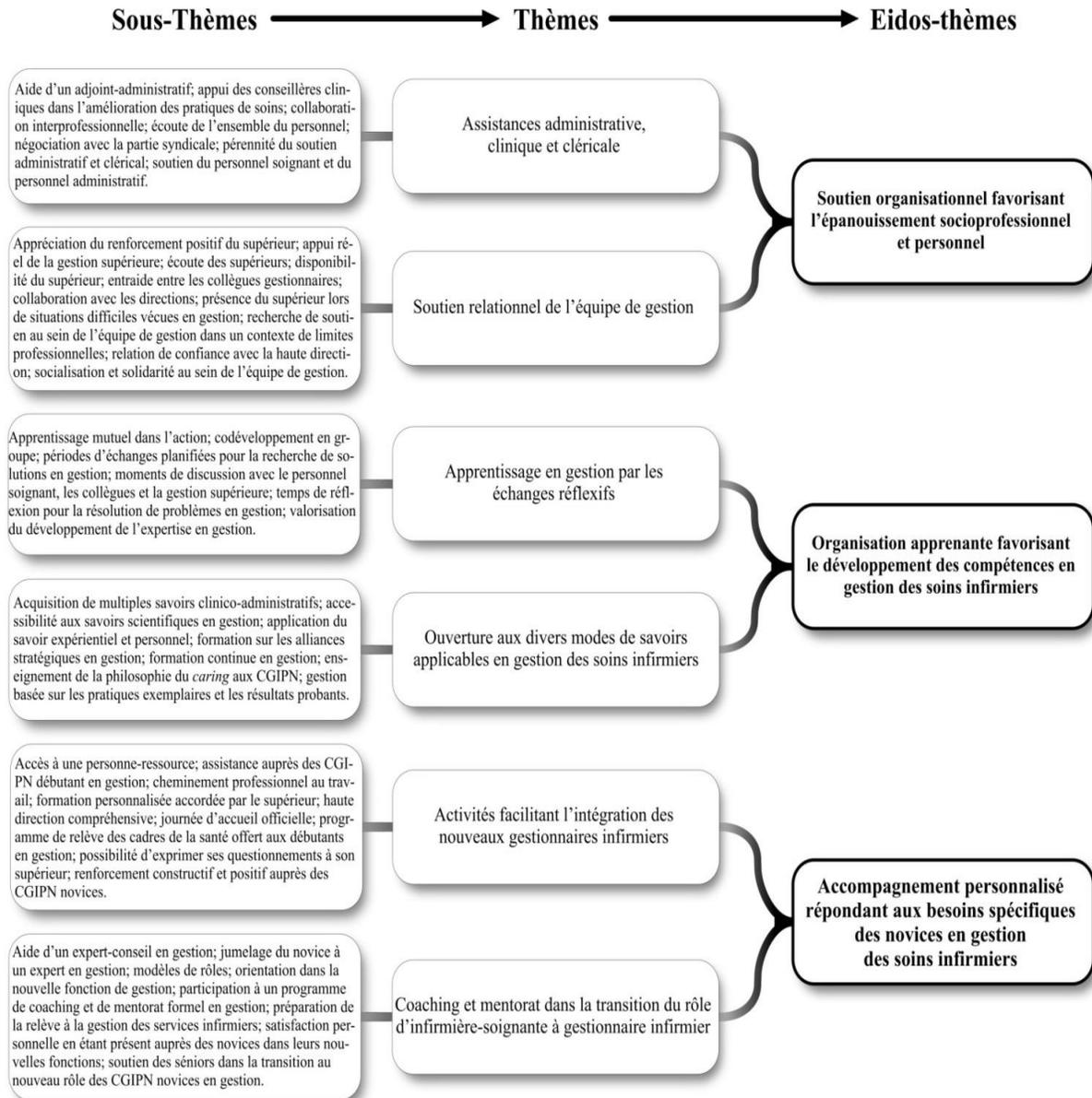
Émergence des sous-thèmes-thèmes-eidos-thèmes favorables à la QVT



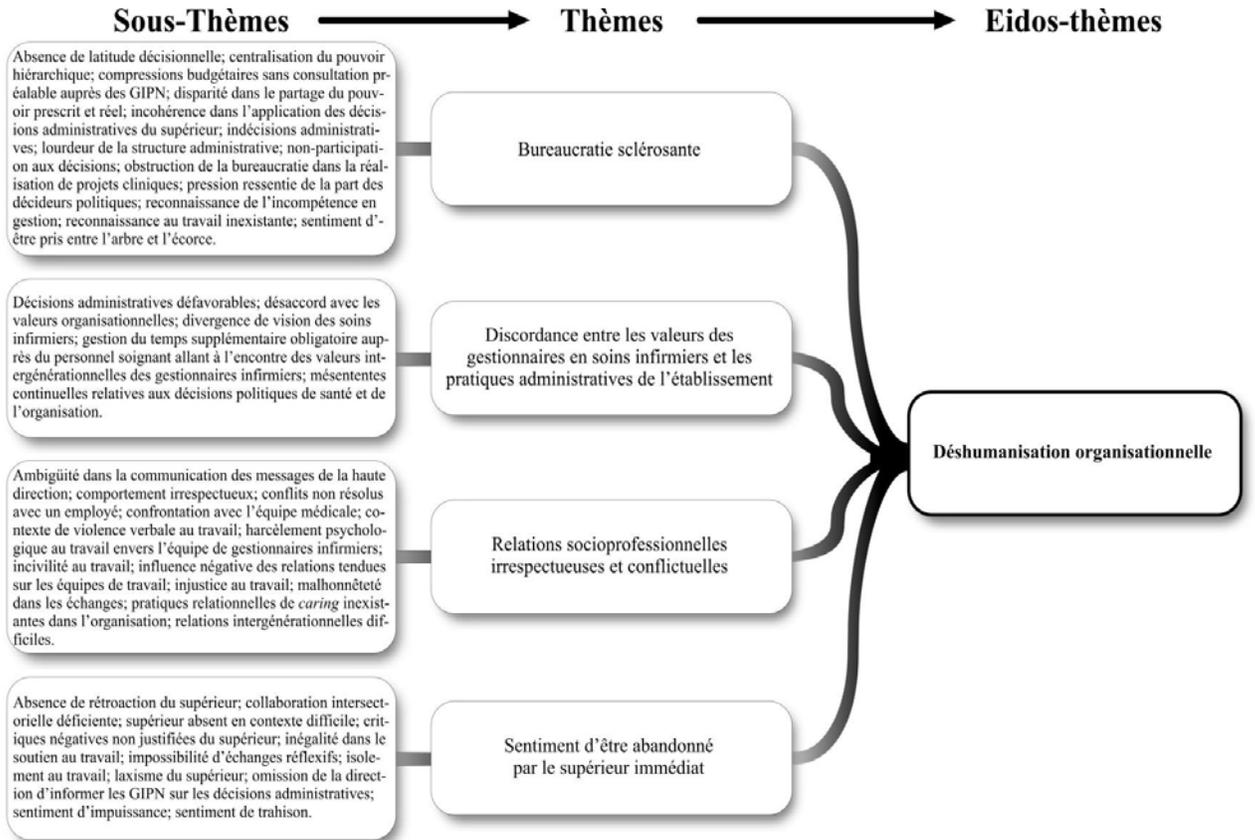
Émergence des sous-thèmes-thèmes-eidos-thèmes favorables à la QVT



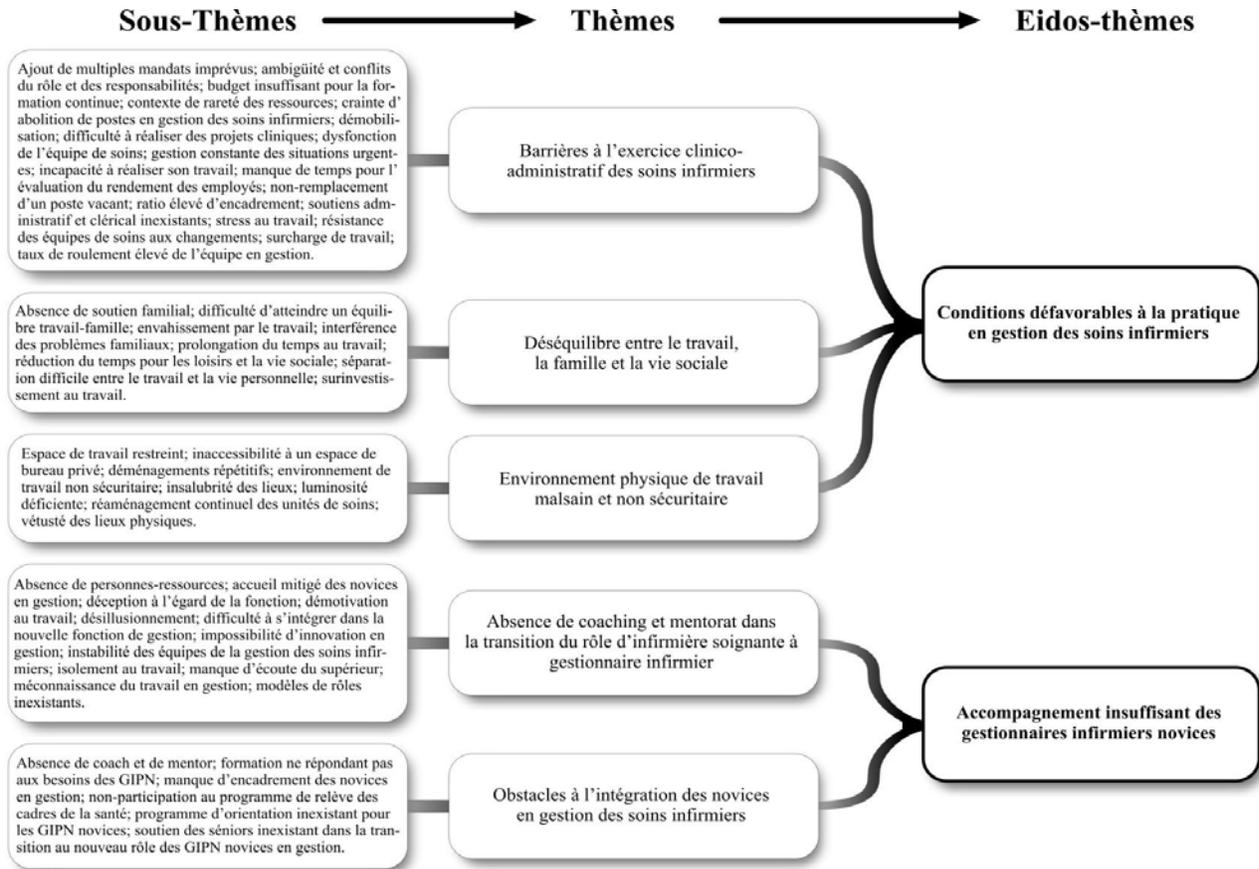
Émergence des sous-thèmes-thèmes-eidos-thèmes favorables à la QVT



Émergence des sous-thèmes-thèmes-eidos-thèmes défavorables à la QVT



Émergence des sous-thèmes-thèmes-eidos-thèmes défavorables à la QVT



ANNEXE F

FORMULAIRES D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LA SOLLICITATION DES PARTICIPANTS ET RÉPONDANTS COMPRENANT LE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION AUX PHASES 1 ET 2



Formulaire d'information et de consentement pour les participants

Les renseignements donnés aux participants¹ concernant le projet de recherche

Titre du projet de recherche : La signification expérientielle et l'analyse des facteurs de la qualité de vie au travail auprès des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissement de santé.

Chercheuse du projet :

Chantal Cara, inf. Ph. D, professeure titulaire.
Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal
Montréal, Québec
XXX-XXX-XXXX

Co-chercheur du projet :

Régis Blais, Ph. D, professeur titulaire.
Faculté de médecine - Administration de la santé
Université de Montréal
Montréal, Québec
XXX-XXX-XXXX

Investigateur du projet :

Sylvain Brousseau, inf. Ph. D. (cand.)
Candidat au doctorat en sciences infirmières
Option : Administration des services infirmiers.
Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal
Montréal, Québec
XXX-XXX-XXXX

¹ Le genre masculin, employé pour alléger le texte désigne autant les femmes que les hommes.

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout terme ou renseignement qui n'est pas clair. Si vous participez déjà à d'autres études, veuillez en informer l'investigateur puisqu'une participation simultanée à plusieurs études pourrait vous être préjudiciable.

Nature et objectif du projet de recherche

Le travail quotidien des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau (CGIPN) s'avère d'une grande importance dans les établissements de santé au Québec (Mayrand-Leclerc, 2006). En plus de rendre compte à l'établissement dans lequel il œuvre, le CGIPN doit assurer un environnement de travail sain ainsi que la sécurité et la qualité des services à la clientèle de son unité de soins. Le CGIPN agit également à titre de personne-ressource et de porte-parole auprès du personnel soignant. Dans un contexte de rareté des ressources, une attention particulière doit être portée à la qualité de vie au travail (QVT) des CGIPN (Delmas et al., 2006). L'objectif de ce projet de recherche est de décrire et comprendre la signification expérientielle ainsi que d'identifier les facteurs qui influencent la QVT auprès des CGIPN en établissement de santé. C'est ainsi que nous vous incitons à participer à ce projet d'étude doctoral qui porte sur ce sujet.

Déroulement du projet de recherche

L'étude se déroulera en trois phases. La première phase de l'étude consiste à utiliser la méthode phénoménologique qualitative de Cara (1997, 1999), intitulée *Relational Caring Inquiry (RCI)*. Durant cette phase, une collecte des données sera effectuée à l'aide d'un entretien semidirigé d'une durée de 30 à 60 minutes, en utilisant des questions larges et ouvertes. Une seconde entrevue d'une durée de 30 minutes sera également réalisée afin de préciser auprès de chaque CGIPN, la nature des informations recueillies et permettra ainsi de valider l'analyse et l'interprétation des données qui auront été obtenues lors de la première entrevue.

Dans la deuxième phase, un questionnaire auto-administré visant à mesurer la QVT des CGIPN sera construit à partir des données qualitatives qui auront été recueillies à la première phase. Ce questionnaire auto-administré sera testé et validé auprès de CGIPN dans un autre hôpital universitaire affilié ainsi que dans un centre de santé et des services sociaux de la région de Montréal.

La troisième et dernière phase de l'étude sera une enquête postale, utilisant le questionnaire développé à la phase précédente, qui vise à mesurer la QVT des CGIPN dans les établissements de santé du Québec et à identifier les facteurs qui influencent cette QVT. Les milieux choisis à travers le Québec couvriront tous les établissements de santé soit : les

hôpitaux universitaires, les hôpitaux régionaux ainsi que les centres de santé et des services sociaux.

Modalités de participation à l'étude

Pour la première phase, la participation de 20 CGIPN est jugée raisonnable pour mener à bien ce projet de recherche doctoral. Si vous êtes intéressé(e) à participer à cette étude, vous aurez à signer le formulaire de consentement après avoir pris connaissance du projet et, par la suite, à compléter les données sociodémographiques. Il vous sera possible de poser toutes les questions relatives au projet de recherche. Vous aurez également à accepter d'être enregistré(e) sur bande audio lors des entretiens, lesquels dureront approximativement 30 à 60 minutes dans un lieu à votre convenance.

Inconvénients associés au projet de recherche

Votre participation à cette recherche peut vous occasionner certains inconvénients liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience à l'égard de la qualité de vie au travail. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource appropriée (service d'aide aux employés) capable de vous aider sur le plan psychologique.

Avantages à participer au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice direct de votre participation à cette étude. Cependant, les résultats permettront de faire émerger des pistes de solution par l'élaboration d'interventions en gestion des soins infirmiers qui pourront contribuer à l'amélioration de la QVT des CGIPN. En partageant votre perception du phénomène à l'étude, vous participerez à l'avancement des connaissances en sciences infirmières dans le domaine, entre autres, de l'administration des services infirmiers et de la QVT des CGIPN du réseau de la santé québécois.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans préjudice et sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel assigné au projet. Vous n'aurez qu'à aviser verbalement l'investigateur responsable du projet (M. Sylvain Brousseau) au numéro suivant : XXX-XXX-XXXX

L'investigateur responsable du projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital X peuvent, à tout moment, mettre fin à votre participation et ce, sans votre consentement, si de nouvelles informations indiquaient que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectiez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existait des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré(e) du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire dans le but d'assurer l'intégrité de l'étude, et de rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle information acquise durant le déroulement du projet qui pourrait compromettre votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Confidentialité

Les chercheurs s'engagent au respect intégral des règles de confidentialité des participants au projet de recherche. Ce faisant, un pseudonyme vous sera attribué par l'investigateur responsable du projet (connu de lui seul) tout au long de l'étude afin d'assurer la confidentialité de votre témoignage. Ainsi, il sera impossible d'identifier les CGIPN participants au projet de recherche. Les renseignements que vous nous confierez demeureront également strictement confidentiels. De plus, les données recueillies seront codées et ce, durant la transcription, l'analyse des données et la transmission des résultats. Seuls les chercheurs auront accès aux bandes audio lors de l'analyse des données qui seront conservées pour une durée de 7 ans dans une filière sous clé au bureau de la chercheuse principale, après quoi, elles seront détruites. La confidentialité des données sera respectée en totalité, tout au long de cette étude, notamment grâce à l'utilisation d'un pseudonyme qui vous sera attribué et qui sera connu uniquement par l'investigateur responsable du projet. Les données pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais sans qu'il soit possible de vous identifier.

Indemnisation en cas de préjudice

En acceptant de participer au projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'investigateur responsable du projet de recherche (M. Sylvain Brousseau) au numéro suivant : XXX-XXX-XXXX.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la Direction générale de l'Hôpital X au numéro suivant : XXX-XXX-XXXX poste : XXX.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Consentement du sujet au projet de recherche

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant au projet de recherche

Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au participant au projet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant au projet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant au projet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

Lettre de sollicitation pour le recrutement des répondants pour la seconde phase de la recherche



Cher(e) collègue cadre gestionnaire infirmier,

Je sollicite votre collaboration pour participer à la validation d'un questionnaire d'une étude qui s'inscrit dans une formation de doctorat en sciences infirmières, option : administration, sous la direction de Madame Chantal Cara, inf., Ph.D, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et du Dr Régis Blais, professeur titulaire au département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Cette étude mixte séquentielle exploratoire a pour objectifs de décrire et comprendre la qualité de vie au travail (QVT) des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau (CGIPN), de développer et valider un nouvel instrument de mesure de la QVT spécifique aux CGIPN travaillant en établissement de santé québécois, en vue d'identifier, d'évaluer et de mesurer les facteurs qui l'influencent.

Ce faisant, je sollicite la participation de 15 cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau qui gèrent du personnel dans les divers secteurs d'activités de soins (Hôpital-CLSC-Centre d'hébergement) dans votre établissement de santé (CSSS). Par ailleurs, Madame, M.Sc., Directrice des soins infirmiers (DSI) au CSSS et Madame, M.Sc., DSI au CHU, agira en tant que responsable locale pour le recrutement des participants qui voudront s'impliquer dans le projet de recherche. Lorsque vous aurez signé le formulaire de consentement, il faudra le déposer, sous enveloppe, à mon nom (Sylvain Brousseau), au bureau de la DSI.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche et de signer le formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Votre participation à la validation d'un questionnaire sur la QVT s'inscrit dans le cadre de la deuxième phase du projet de recherche de doctorat. Votre contribution est de première importance car elle va permettre d'identifier et de mesurer les facteurs qui influencent la QVT auprès des CGIPN à l'échelle provinciale (phase 3).

Afin d'évaluer la clarté des énoncés, vous êtes invité(e) à lire attentivement les 48 énoncés du questionnaire que j'ai développés à partir des données obtenues lors de la première phase de l'étude. Nous vous demandons de lire attentivement les indications qui précèdent chacune des sections du questionnaire et d'apporter vos commentaires. Il vous sera également possible de proposer des énoncés, le cas échéant. Vous devrez indiquer les commentaires directement dans

le document électronique Word que je vous aurai acheminé par courriel. Après avoir validé le questionnaire, vous devrez le retourner à mon attention : Sylvain Brousseau, à l'adresse courriel suivante :XXXX, dans un délai de six semaines suivant sa réception. Lorsque le questionnaire aura été corrigé, il vous sera réacheminé pour être testé et validé et vous devrez alors indiquer, à la toute fin, le temps que vous y aurez consacré. Comme vous avez participé à la validation du questionnaire, vous ne serez pas obligé(e) de participer à la troisième phase.

Vous êtes évidemment libre de participer ou non à la seconde phase de cette étude. Les données nominatives seront codifiées afin qu'aucun participant ne puisse être identifié par l'organisation et la direction. Pour toutes questions ou commentaires, il vous sera possible de me rejoindre au XXX-XXX-XXXX.

Enfin, en collaborant à cette étude doctorale, vous contribuerez à l'élaboration de recommandations qui auront des retombées positives visant l'optimisation de votre qualité de vie au travail en tant que cadre gestionnaire infirmier ainsi que celle de vos collègues, à l'échelle de la province.

Je vous remercie à l'avance pour votre précieuse collaboration,

Sylvain Brousseau, inf., M.Sc., Ph.D. (C)
Chercheur responsable du projet de recherche
Candidat au programme de doctorat en sciences infirmières
Option : administration des services infirmiers
Université de Montréal
Tél. XXX-XXX-XXXX

Formulaire d'information et consentement à l'étude

Validation d'un questionnaire (phase 2)

Renseignements donnés aux répondants² concernant le projet de recherche

Titre du projet de recherche : La signification expérientielle et l'analyse des facteurs de la qualité de vie au travail auprès des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissement de santé.

Investigateur du projet :

Sylvain Brousseau, inf. M.Sc., Ph. D. (Cand.)
Candidat au doctorat en sciences infirmières
option : Administration des services infirmiers
Université de Montréal-Faculté des sciences infirmières
Montréal, Québec
XXX-XXX-XXXX

Directrice du projet :

Chantal Cara, inf. Ph. D, professeure titulaire.
Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal
Montréal, Québec
XXX-XXX-XXXX

Co-directeur du projet :

Régis Blais, Ph. D, professeur titulaire.
Faculté de médecine - Administration de la santé
Université de Montréal
Montréal, Québec
XXX-XXX-XXXX

Responsable locale du projet

Madame, XX, XXX, inf., M.Sc, Directrice des soins infirmiers.
CSSS X, mission Hôpital X
Ville de X, Québec
XXX-XXX-XXXX

Nous sollicitons votre participation à la validation d'un questionnaire dans le cadre d'un

² Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

projet de recherche portant sur la signification expérientielle et les facteurs qui influencent la qualité de vie au travail (QVT) des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau (CGIPN) œuvrant en établissement de santé. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des éléments que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs de l'étude

Le travail quotidien des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau s'avère d'une grande importance dans les établissements de santé au Québec. En plus d'être imputable vis-à-vis de l'établissement dans lequel il œuvre, le CGIPN doit assurer un environnement de travail sain ainsi que la sécurité et la qualité des services à la clientèle de son unité de soins. Le CGIPN agit également à titre de personne-ressource et de porte-parole auprès du personnel soignant. Dans un contexte de rareté des ressources, une attention particulière doit être portée à la qualité de vie au travail des CGIPN. À notre connaissance, aucune étude n'a exploré spécifiquement le concept de la QVT auprès de cette population.

Cette étude mixte séquentielle exploratoire a pour objectifs de décrire et comprendre la signification expérientielle de la QVT des CGIPN en milieu hospitalier, de développer, tester et valider un nouvel instrument de mesure de la QVT spécifique aux CGIPN et d'identifier, d'évaluer et de mesurer les facteurs qui influencent la QVT des CGIPN en établissement de santé québécois.

Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Phase 1 (complétée)

La méthode phénoménologique qualitative intitulée, *Relational Caring Inquiry* (RCI), a été utilisée pour réaliser l'analyse et l'interprétation des données recueillies à l'aide d'un entretien semi-dirigé d'une durée de 60 à 90 minutes, suivi d'une seconde entrevue téléphonique pour la validation des informations recueillies.

Phase 2 (début : 1^{er} septembre et fin : 15 octobre 2012)

Un questionnaire auto-administré visant à mesurer la QVT des CGIPN a été développé à partir des données qualitatives qui ont été recueillies lors de la phase 1. Ce questionnaire auto-administré sera testé et validé auprès de 30 CGI-PN soit 15 œuvrant en Centre hospitalier universitaire et 15 œuvrant en Centre de santé et des services sociaux de la région de Montréal pour commenter la clarté et la compréhension des 48 énoncés ainsi que pour le tester et le valider. Les participants pourront proposer et ajouter d'autres énoncés pour l'enrichir. Les commentaires doivent être inscrits directement dans le document électronique Word.

Après avoir validé le questionnaire, vous devrez le retourner à mon attention : Sylvain Brousseau à l'adresse courriel suivante : XXX, dans un délai de 6 semaines suivant sa réception. Lorsque le questionnaire aura été révisé, celui-ci sera réacheminé aux participants pour être testé et validé et ils devront alors indiquer, à la toute fin, le temps qu'ils y auront consacré. Enfin, les personnes ayant participé à la validation de l'instrument de mesure ne seront pas obligées de participer à l'enquête provinciale (phase 3).

Phase 3 (à réaliser à l'automne 2012)

Une enquête provinciale aléatoire en ligne permettra d'évaluer et de mesurer les facteurs qui influencent la QVT des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau dans les établissements de santé à l'échelle provinciale.

Inconvénients et risques associés au projet de recherche

La participation à la phase 2 du projet de recherche pourrait comporter certains inconvénients et des risques liés aux émotions suscitées lors de la validation des énoncés du questionnaire en regard de la qualité de vie au travail. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource appropriée capable de vous aider sur le plan psychologique.

Bénéfices potentiels ou attendus

Vous ne retirerez aucun bénéfice direct de votre participation à cette étude. Cependant, l'investigateur principal s'engage à partager les résultats de l'étude auprès de l'équipe de CGIPN de même qu'à transmettre ledit instrument validé afin qu'il soit utilisé dans les milieux respectifs. La participation de ces derniers constituera une contribution importante à l'avancement des connaissances en sciences infirmières, notamment en administration des services infirmiers, concourant ainsi à optimiser la QVT des CGIPN.

Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pourrez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans préjudice et sans avoir à donner de raisons et ce, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet (M. Sylvain Brousseau) au XXX-XXX-XXXX ou à l'un des membres du personnel assignés au projet.

L'investigateur responsable du projet de recherche et le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CSSS peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré(e) du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire dans le but d'assurer l'intégrité de l'étude et de rencontrer les exigences réglementaires. Toute nouvelle information acquise, durant le déroulement du projet, qui pourrait compromettre votre décision de continuer d'y participer, vous sera communiquée sans délai, verbalement et par écrit.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, l'investigateur responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les informations vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis, notamment les données sociodémographiques de même que celles issues du questionnaire. Ces renseignements demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliée à votre nom sera conservée par l'investigateur responsable. Ainsi, il sera impossible d'identifier les CGI-PN participant à la validation du questionnaire. L'investigateur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Ces données seront conservées par l'investigateur responsable pour une durée de sept ans dans une filière sous clé à son domicile, après quoi, elles seront détruites par déchiquetage. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques sans qu'il soit possible de vous identifier.

Indemnisation en cas de préjudice

En acceptant de participer au projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'investigateur et l'établissement impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez lié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'investigateur responsable du projet de recherche (M. Sylvain Brousseau) au XXX-XXX-XXXX.

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services du CSSS au numéro suivant : XXX-XXX-XXXX, poste XXX.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CSSS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CSSS, madame au XXX-XXX-XXXX, poste XXX.

Consentement

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction.

Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudices à ma personne.

Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère l'investigateur responsable du projet de sa responsabilité civile et professionnelle.

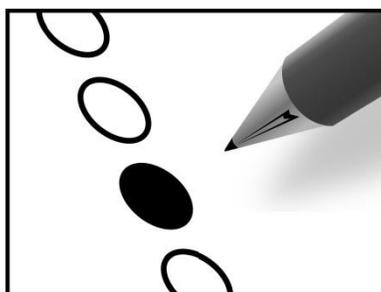
Je, soussigné(e), déclare être majeur(e) et apte et consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom du participant Signature Date _____

Nom du chercheur Signature Date _____

ANNEXE G

QUESTIONNAIRE VALIDÉ COMPRENANT LES 11 QUESTIONS ET LES 48 ÉNONCÉS



QUESTIONNAIRE

«Facteurs influençant la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissement de santé»

Titre de la recherche

LA SIGNIFICATION EXPÉRIENTIELLE ET LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA
QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES CADRES GESTIONNAIRES INFIRMIERS
OEUVRANT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Responsable du projet de recherche :

Sylvain Brousseau, inf., M.Sc., Ph.D. (Cand.)

Programme de doctorat en sciences infirmières, option : Administration des services infirmiers

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

Cette étude doctorale a reçu l'approbation du Comité éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal affilié à l'Université de Montréal. De plus, le responsable du projet de recherche a obtenu les coordonnées courriels des personnes ayant accepté d'être contactées pour participer à des projets de recherche et votre adresse courriel a été choisie aléatoirement et a été transmise par la banque de données de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Avant de débiter, nous souhaitons vous remercier d'avoir accepté de participer à l'étude. Le questionnaire comporte trois grandes sections. La première consiste à prendre connaissance des informations relatives au projet de recherche et de consentir ou non à y participer. La seconde vise à recueillir quelques données sociodémographiques pour décrire le profil des répondants³. La troisième consiste à mesurer les facteurs qui influencent votre qualité de vie au travail (QVT) en tant que cadre gestionnaire infirmier de premier niveau (CGI-PN). L'appellation CGI-PN se définit comme un cadre intermédiaire en soins infirmiers (chef de programme : volet soins infirmiers, coordonnatrice d'activités de soins et infirmière-chef) qui gère des ressources humaines, financières et informationnelles. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

SECTION 1- INFORMATIONS AUX PARTICIPANTS

Nature et objectifs de l'étude

Le travail quotidien des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau s'avère d'une grande importance dans les établissements de santé au Québec. En plus d'être imputable vis-à-vis de l'établissement dans lequel il œuvre, le CGIPN doit assurer un environnement de travail sain ainsi que la sécurité et la qualité des services à la clientèle de son unité de soins. Le CGIPN agit également à titre de personne-ressource et de porte-parole auprès du personnel soignant. Dans un contexte de rareté des ressources, une attention particulière doit être portée à la qualité de vie au travail des CGIPN. À notre connaissance, aucune étude n'a exploré spécifiquement le concept de la QVT auprès de cette population.

Cette étude mixte séquentielle exploratoire a pour objectifs de décrire et comprendre la signification expérientielle de la QVT des CGIPN œuvrant en établissement de santé et de mesurer les facteurs qui l'influencent.

Modalités de participation à l'étude (enquête provinciale)

Nous sollicitons votre participation en répondant à ce questionnaire dans le cadre de la troisième phase d'un projet de recherche portant sur la signification expérientielle et les facteurs qui influencent la QVT des CGIPN œuvrant en établissement de santé.

Inconvénients associés au projet de recherche

³ Veuillez noter que le masculin englobe le féminin dans le seul but d'alléger le texte

Votre participation à cette recherche pourrait vous occasionner certains inconvénients liés aux émotions que la complétion du questionnaire pourrait susciter à l'égard de votre qualité de vie au travail. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, veuillez communiquer avec votre service d'aide aux employés qui pourra vous aider sur le plan psychologique.

Avantages à participer au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice direct de votre participation à cette étude. Cependant, votre participation constituera une contribution importante à l'avancement des connaissances en sciences infirmières, notamment en administration des services infirmiers, concourant ainsi à optimiser la QVT des CGIPN. Les résultats permettront de faire émerger des pistes de solutions par l'élaboration d'interventions en gestion des soins infirmiers qui pourront contribuer à l'amélioration de la QVT des CGIPN.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans préjudice et sans avoir à donner de raisons.

L'investigateur responsable du projet de recherche et le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital XXXXX de Montréal peuvent, à tout moment, mettre fin à votre participation et ce, sans votre consentement, si de nouvelles informations indiquaient que votre participation au projet n'était plus dans votre intérêt, si vous ne respectiez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existait des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré(e) du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire dans le but d'assurer l'intégrité de l'étude et de rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle information acquise durant le déroulement du projet qui pourrait compromettre votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Confidentialité

Le responsable du projet de recherche s'engage à respecter intégralement les règles de confidentialité des participants à ce projet de recherche. Ce faisant, un code de sécurité encrypté sera assigné aléatoirement afin d'assurer la confidentialité totale des données. Ainsi, il sera impossible d'identifier les CGI-PN participant à la complétion du questionnaire. Les renseignements que vous nous confierez demeureront également strictement confidentiels. Seuls le responsable et les directeurs du projet de recherche auront accès aux bases de données qui seront conservées pour une durée de sept ans dans une filière sous clé à la résidence du responsable du projet de recherche, après quoi, elles seront détruites. Les données et informations recueillies serviront uniquement pour des fins de validation statistique. Enfin, les résultats de l'étude doctorale pourront être publiés ou faire l'objet de discussions scientifiques mais sans qu'il soit possible de vous identifier.

Indemnisation en cas de préjudice

En acceptant de participer au projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions **concernant le projet de recherche** ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'investigateur responsable du projet de recherche, M. Sylvain Brousseau, au numéro suivant : XXX-XXX-XXXX.

Pour toute question **concernant vos droits** en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la Direction générale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal au numéro suivant : : XXX-XXX-XXXX poste XXXX.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Consentement du participant au projet de recherche

En cliquant sur le bouton «j'accepte», je consens librement à participer à la troisième phase du projet de recherche aux conditions qui ont été énoncées préalablement et j'affirme que :

- J'ai lu et compris l'infolettre et les informations relatives à l'enquête en ligne.
- J'ai eu la possibilité de poser les questions nécessaires à ma compréhension et d'obtenir des réponses.
- J'accepte de remplir un questionnaire détaillé concernant ma qualité de vie au travail en tant que cadre gestionnaire infirmier de premier niveau.
- J'accepte que les données recueillies dans le questionnaire soient transmises sous forme codée au chercheur responsable du projet de recherche pour des fins de statistiques dans le cadre de l'étude doctorale.

Merci de participer au projet doctoral de recherche

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX 48 ÉNONCÉS LE MIEUX POSSIBLE.

Vous pouvez choisir de ne pas remplir tout le questionnaire en un seul temps. Cependant, vous avez un délai d'un mois, suivant l'accès, pour le compléter. Si vous désirez reprendre le questionnaire plus tard, vous devez compléter la page en cours afin de sauvegarder vos données pour qu'elles ne soient pas effacées.

**DIRECTIVES SPÉCIFIQUES POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE
PAR LA FIRME DE SONDAGE POUR LE VOLET ÉLECTRONIQUE EN
LIGNE**

SECTION 2- DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Veillez cocher les cases et inscrire vos réponses dans les espaces prévus, le cas échéant.

1. Genre : F: M:

2. Âge : _____

3. État civil : Célibataire : Conjointe de fait: Mariée : Divorcée : Séparée :
monoparentale :

4. Nombre d'enfant(s) : _____

5. Titre d'emploi : Infirmière-chef : Coordonnatrice d'activités de soins:
Autre :

6. Formations complétées :

A. DEC en technique des soins infirmiers :

B. Certificat : type : _____

C. Baccalauréat : type : _____

D. 2^e cycle : type : _____ spécialisation :

E. Doctorat : type : _____ spécialisation :

7. Formation en cours : _____

8. Années d'expérience en gestion des soins infirmiers: _____

9. Lieu principal de pratique

A. Centre de santé et des services sociaux (CSSS) : Précisez la mission du CSSS :
(Hôpital-CLSC-CHSLD):

B. Centre hospitalier universitaire (CHU) :

C. Centre hospitalier affilié à l'Université (CHA) :

E. Centre de réadaptation :

10. Nombre d'unités ou de services : _____ Nombre d'employés : _____

11. Type de structure organisationnelle: Programme-clientèle : Traditionnelle:

SECTION 3 : LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES CGI-PN

Cette section du questionnaire vise à identifier et à mesurer les facteurs qui influencent la QVT des CGI-PN œuvrant en établissements de santé. Veuillez indiquer dans quelle mesure ces situations pourraient influencer votre QVT. Le questionnaire comporte 48 énoncés.

Pour chaque énoncé, veuillez indiquer dans quelle mesure ces situations pourraient influencer votre QVT.	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Totalement
1. Le sentiment de gérer efficacement le service pour assurer la qualité et la sécurité des soins.					
2. La participation aux orientations stratégiques concernant l'organisation des soins infirmiers.					
3. L'obstruction de la bureaucratie dans la réalisation de projets cliniques en soins infirmiers.					
4. L'ambiguïté dans les rôles et responsabilités.					
5. Le pouvoir d'influence sur les décisions administratives en soins infirmiers.					
6. L'absence d'experts pour soutenir les novices en gestion des soins infirmiers.					
7. Le renforcement positif du supérieur immédiat.					
8. Un climat de travail malsain au sein de l'équipe de gestion des soins infirmiers.					
9. Les soutiens administratif et clérical disponibles pour soutenir la gestion des soins infirmiers.					
10. La pression constante des décideurs politiques (hors établissement) sur l'organisation.					
11. L'humour au travail.					
12. L'absence de personnes-ressources non-infirmières pour soutenir les novices en gestion des soins infirmiers.					
13. Un programme de relève des cadres offert aux novices en gestion des soins infirmiers.					
14. Le moins de réunions possible dans une semaine régulière de travail.					
15. Une rémunération salariale à la hauteur de la fonction.					
16. La vétusté des lieux physiques.					
17. La présence du supérieur immédiat lors de situations difficiles vécues en gestion des soins infirmiers.					
18. L'inexistence d'un programme d'orientation pour les novices en gestion des soins infirmiers.					
19. Un espace de bureau privé.					
20. Une gestion humaniste par les cadres supérieurs.					
21. Les mésententes avec les cadres supérieurs en regard des décisions administratives en gestion des soins infirmiers.					
22. L'accès à de la formation continue en gestion des soins infirmiers.					
23. Des rôles et responsabilités clairement définis.					
24. Le soutien de conseillères cliniques en soins infirmiers.					
25. La présence de conflits ou de violence dans les relations de travail.					
26. Un horaire de travail flexible facilitant l'équilibre travail-famille-études et la vie sociale.					
27. Le laxisme du cadre supérieur dans la résolution de problèmes.					
28. La présence de modèles de rôles pour les novices en gestion des soins infirmiers.					
29. Le sentiment d'accomplissement au travail.					

Pour chaque énoncé, veuillez indiquer dans quelle mesure ces situations pourraient influencer votre QVT.	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Totalement
30. Un manque de temps pour les loisirs et la vie familiale.					
31. L'apprentissage par des échanges réflexifs en groupe visant la résolution de problèmes en gestion des soins infirmiers.					
32. Le surinvestissement au travail jusqu'à épuisement.					
33. L'expertise et le leadership en gestion des soins infirmiers reconnus par l'organisation.					
34. La mise en place d'une journée d'accueil pour les novices en gestion des soins infirmiers.					
35. L'ambiguïté dans la communication des messages venant des cadres supérieurs.					
36. Le <i>coaching</i> ou le mentorat lors de la transition du rôle d'infirmière soignante à gestionnaire.					
37. La gestion du temps supplémentaire obligatoire des infirmières.					
38. La satisfaction de la clientèle à l'égard des soins infirmiers prodigués dans votre service.					
39. L'absence de soutien de la part des cadres supérieurs.					
40. La présence de valeurs humanistes à travers toute l'organisation.					
41. Un bureau de travail partagé avec le personnel du service.					
42. La valorisation du développement de l'expertise en gestion des soins infirmiers par les cadres supérieurs.					
43. L'encadrement d'un grand nombre d'employés.					
44. La possibilité de baser sa pratique de gestion en soins infirmiers sur des résultats probants et des pratiques exemplaires.					
45. Des attitudes irrespectueuses de la part des cadres supérieurs à mon égard.					
46. Un environnement physique de travail sain et sécuritaire.					
47. L'impossibilité pour les novices en gestion des soins infirmiers d'innover.					
48. L'appréciation exprimée par le supérieur à l'égard de la qualité du travail accompli.					

Merci de votre précieuse collaboration !

Sylvain Brousseau inf., M.Sc., Ph.D (Cand.).
 Candidat au programme de doctorat en sciences infirmières
 option : administration des services infirmiers
 Faculté des sciences infirmières
 Université de Montréal

ANNEXE H

LETTRE DE REMERCIEMENT ACHEMINÉE AUX ÉTABLISSEMENTS RESPECTIFS POUR LA SECONDE PHASE DE LA RECHERCHE



Blainville, le mois, 2012

Objet: Validation d'un questionnaire sur les facteurs influençant la QVT des GIPN en établissements de santé

Madame, monsieur,

Cette présente lettre est pour souligner votre contribution à la validation du questionnaire « *facteurs influençant positivement ou négativement la QVT des CGIPN œuvrant en établissement de santé* » dans le cadre du projet de recherche de monsieur Sylvain Brousseau inf., candidat au programme de doctorat en sciences infirmières, option : administration des services infirmiers à l'Université de Montréal. Votre contribution à la validation de ce questionnaire va permettre de répondre aux exigences de la démarche scientifique requise pour l'élaboration dudit questionnaire (outil de mesure) développé à partir des données qualitatives obtenues dans le cadre de la phase 1 de la présente étude doctorale portant sur la signification expérientielle et les facteurs (favorables et défavorables) qui influencent la QVT des CGIPN œuvrant en établissement de santé qu'il a été possible d'adapter au contexte québécois. Votre participation à la validation de l'instrument de mesure qui sera utilisé dans la 3^e phase de la présente étude permettra la réalisation d'études valides et fiables contribuant de façon significative à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine des sciences infirmières ainsi qu'en administration des services infirmiers.

Je profite de l'occasion pour vous remercier chaleureusement pour votre contribution et du temps que vous avez investi à répondre aux questionnements de validation proposés. Votre implication au projet de recherche, de par votre riche expertise, s'est reflétée à travers vos

commentaires et vos suggestions. Vous avez ainsi contribué au développement d'un nouvel instrument de mesure adapté et pertinent pour les gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissement de santé au Québec et qui permettra de dégager les facteurs qui influencent positivement ou négativement leur QVT.

Recevez madame, monsieur l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Sylvain Brousseau inf., M.Sc. Ph.D. (cand.)

Candidat au programme de doctorat en sciences infirmières

Option : administration des services infirmiers

ANNEXE I

ENTENTE DE CONFIDENTIALITÉ AVEC LA FIRME DE SONDAGE SOM

Entente de confidentialité (non-divulgation)

Cette entente est conclue entre **SOM Montréal Recherches et sondages**, le CLIENT ayant sa place d'affaires au 1180, rue Drummond, bureau 620, Montréal (Québec), Canada, H3G 2S1 et **Sylvain Brousseau**, inf., Ph.D. (cand),

ATTENDU que le CLIENT souhaite obtenir des informations de telles que, entre autres, un questionnaire à mettre en ligne, les courriels, noms et possiblement d'autres informations confidentielles relatives aux personnes qui seront consultées dans la présente étude, les résultats obtenus de l'enquête en ligne, la compilation statistique de ces résultats et autres informations, documentations, etc... servant au CLIENT pour faire le travail demandé par ;

ATTENDU que souhaite avoir une relation d'affaires avec le CLIENT qui impliquera la connaissance et la revue d'informations confidentielles détenues ou obtenues par , lui-même encadré par son certificat éthique, émis par le comité éthique de la recherche de l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal pour les fins de cette étude;

Le CLIENT et s'entendent comme suit:

1. Cette entente s'applique à toute l'information qui est fournie ou qui sera fournie au CLIENT par , après la date de cette entente, qu'elle soit tangible ou intangible, tout comme l'information créée par ou son personnel, qui contient, reflète ou est dérivée de l'information fournie.
2. En considération de l'information divulguée par au CLIENT, le CLIENT verra à garder cette information confidentielle et verra à ce que cette information ne soit pas divulguée par le CLIENT, à ses officiers directeurs partenaires, employés, affiliés, agents ou représentants ou à ses autres clients ou partenaires (collectivement, ses Représentants) de quelque façon que ce soit autrement que dans l'exécution de cette entente par le CLIENT avec et pour .
3. accepte que le CLIENT puisse utiliser ou transmettre l'information seulement à ceux de ses Représentants qui doivent connaître cette information, qui sont au courant de cette entente, et qui ont signé une entente interne similaire à celle-ci ou qui travaillent en respect d'une entente de confidentialité propre au CLIENT.
4. Le CLIENT sera totalement responsable pour tout bris de cette entente par ses Représentants et accepte, à ses seuls frais, de prendre toute mesure raisonnable (incluant, sans être limité à, des procédures judiciaires) pour restreindre ses

Entente de confidentialité (non-divulagation)

Représentants dans la diffusion défendue ou non-autorisée ou de l'usage de cette information.

Le CLIENT accepte, à la conclusion de cette entente avec _____ ou dans les dix (10) jours ouvrables suivant une demande écrite de _____, de remettre toutes les copies d'information, sous toute forme, quelle qu'elle soit (incluant, sans y être limité, à tous les rapports, memorandum, autres matériels préparés par le CLIENT), livrées par le CLIENT et ses Représentants, à _____.

6. Cette entente ne s'applique pas à l'information que-qui:
 - a. Le CLIENT avait en sa possession au moment de sa divulgation par _____ : ou
 - b. est divulguée au CLIENT par une tierce partie qui n'est pas restreinte de divulguer l'information par une entente de confidentialité avec _____ : ou
 - c. le CLIENT développe ou dérive sans l'aide, l'application, ou l'usage de l'information fournie par _____.
7. Aucune des exceptions du paragraphe 6 ne doit s'appliquer à la combinaison particulière des items d'information, même si une des informations est couverte par cette entente ou est une exception, à moins que la combinaison elle-même ne soit dans le champ d'une exception.
8. Dans l'éventualité où le CLIENT reçoit une requête pour divulguer, en tout ou en partie, l'information sous le couvert d'un mandat ou d'un autre ordre émis par une cour ou par une organisation gouvernementale, le CLIENT accepte (a) d'informer _____ immédiatement de l'existence des termes et circonstances entourant cette requête, (b) de consulter _____ sur la décision de prendre des mesures légales pour résister ou pour restreindre une telle requête et (c) si la divulgation de l'information est obligatoire pour prévenir le CLIENT d'être poursuivi ou autre sujet ou autre pénalité, de ne fournir que la partie pertinente de l'information qui, sous une opinion écrite d'un conciliateur à la satisfaction de _____, qu'il est légalement obligé de divulguer et de tenter au mieux d'obtenir un ordre ou une autre assurance fiable quant au traitement confidentiel de l'information divulguée.
9. Le CLIENT reconnaît et accepte que, dans l'éventualité d'un bris de cette entente, _____ subirait immédiatement des dommages irréparables et ne pourrait pas être compensé uniquement monétairement. Par conséquent, il est entendu qu'en plus des dommages ou autres compensations pouvant être dus par la loi ou en équité, _____ pourra faire usage

2/3

Entente de confidentialité (non-divulgation)

d'injonction(s) (sans devoir démontrer la preuve des dommages) pour prévenir les bris ou traits de cette entente et/ou exiger des performances spécifiques en regard de cette entente. Le CLIENT accepte aussi de rembourser

pour tous les coûts ou dépenses, incluant ceux d'un avocat engagés par pour tenter de faire appliquer les obligations de cette entente par le CLIENT ou ses Représentants ici représentés.

10. Un manquement ou délai de à exercer ses droits, pouvoirs ou privilèges en vertu de la présente ne doit être considéré comme un abandon de ceux-ci, non plus qu'un seul ou qu'une partie de ces droits, pouvoirs ou privilèges n'exclut l'application des autres.
11. Rien dans cette entente n'est fait dans l'intention de donner des droits de brevet, droits d'auteur ou de propriété intellectuelle au CLIENT, sur ceux de , à l'exception des droits limités uniquement à l'exécution de cette entente.
12. Si une ou plusieurs des provisions de cette entente devait (aient) être rendue(s) invalide(s), illégale(s) de quelque façon que ce soit, cette invalidité ou illégalité ne devra pas affecter quelque autre provision de cette entente qui est comprise de manière à ce qu'une telle provision devenue invalide ou illégale n'a jamais fait partie de cette entente.
13. Cette entente est sous la gouverne et est dirigée en accord avec les lois de la Province de Québec.
14. Les obligations ci-dessus ne peuvent qu'être modifiées par écrit et exécutées sous une entente écrite conclue entre les deux parties ci-incluses.

Sylvain Brousseau, inf. Ph. D. (Cand.)

(SOM Montréal, Recherches et sondages (CLIENT))

Date: 2013/04/04
Signé par: Sylvain Brousseau
Titre: L'ÉTIUDIANT CHERCHEUR
Signature:

Date: 2013/04/04
Signé par:
Titre: CLIENT
Signature:

ANNEXE J

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ AVEC L'OIIQ



ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

TITRE DU PROJET :	Mesure de la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers. Enquête en ligne
NOM DU CHERCHEUR (E) :	Sylvain Brousseau
UNIVERSITÉ :	Université de Montréal

Nous nous engageons à respecter la confidentialité de toute information fournie par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en ce qui a trait à la *(liste)*, à ne pas divulguer ou communiquer ces données en aucun temps, à toute autre personne, organisation ou société et à n'utiliser ces données que pour les fins du projet soumis à l'OIIQ.

Nous nous engageons également à ne pas associer l'OIIQ à nos résultats de recherche, non plus qu'à notre rapport d'étude ou à toute publication qui découlera de notre recherche.

Pour l'obtention de renseignements nominatifs de membres de l'OIIQ, nous nous engageons également à détruire les données reçues y compris les copies de sécurité dès que le projet mentionné en rubrique sera terminé.

SIGNATURE _____

10-04-2013
DATE _____

Retourner à :

Madame Françoise Ladouceur
Adjointe de réunions - Secrétariat général
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, Boul. Dorchester Ouest
Montréal (Québec) H3Z 1V4
Télécopieur : (514) 935-8874
Courriel :

ANNEXE K

COURRIEL DE LA PRÉSIDENTE DU CÉRSS DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Sylvain Brousseau

De: Marie-France Daniel
Envoyé: 8 octobre 2010 13:06
À: 'Sylvain Brousseau'
Objet: RE: Comité éthique d'un établissement affilié à l'université de Montréal

Bonjour M. Brousseau,

Vous n'avez pas besoin de faire une demande d'approbation éthique au CÉRSS si :

- l'établissement auquel vous référez est affilié à l'UdeM,
- cet établissement vous émet un certificat d'éthique pour les deux phases du projet.

À noter que pour la phase 2, même si les participants n'ont pas besoin de signer un formulaire de consentement, il convient de vous assurer que l'encart dans la revue de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec doit faire en sorte d'assurer la confidentialité et la bonne compréhension du contexte pas les participants pressentis. Par exemple, il faudrait que cet encart indique que:

- il s'agit d'un projet de recherche,
- la participation est libre
- un délai dans le retour des réponses doit être respecté
- les participants ne doivent pas s'identifier (exemple : pas d'adresse de retour sur leur enveloppe).

Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Marie-France Daniel
Présidente du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal

Professeure titulaire
Département de kinésiologie
Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale centre-ville
Montréal, Qc, canada H3C 3J7
Téléphone: 514-343-5624
Télécopieur: 514-343-2181

ANNEXE L

CERTIFICATIONS ÉTHIQUES DE LA RECHERCHE POUR LES TROIS PHASES DE L'ÉTUDE INCLUANT LES DEUX ÉTABLISSEMENTS DE LA SECONDE PHASE



APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE

NO DE DOSSIER DU CÉR : 2010-549

TITRE: «La signification expérientielle et l'analyse des facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau oeuvrant en établissement de santé»

- *Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche, en date du 18 octobre 2010*
- *Résumé*
- *Protocole*
- *Formulaire d'information et de consentement, version non datée*
- *Approbation scientifique du projet, en date du 4 octobre 2010*

LIEU: Montréal (Québec) H4J 1C5

CHERCHEUR(S): Chantal Cara, Ph. D., Régis Blais, Ph. D., Johanne Salvail (collaboratrice), Sylvain Brousseau, Ph. D. (candidat)

PROVENANCE DES FONDS : aucun

PROBLÉMATIQUE et OBJECTIF DE L'ÉTUDE : Prenant appui sur la philosophie du Human caring (Watson, 2008) et du cadre théorique de la QVT d'O'Brien-Palasz et Baumann (1992), les objectifs de cette recherche doctorale, visent dans un premier temps à décrire et comprendre la QVT des CGI-PN oeuvrant en milieu hospitalier et dans un deuxième temps, à mesurer les facteurs qui influencent dans les établissements de santé à l'échelle provinciale.

TYPE DE RECHERCHE : Recherche mixte séquentielle exploratoire (qualitative et quantitative)

NOMBRE DE SUJETS RECRUTÉS 20

CONSÉQUENCES ÉTHIQUES : Liberté de participer : oui Consentement éclairé : oui
Confidentialité : oui Liberté d'en sortir sans contrainte : oui

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :

Requis : oui Version du 2 novembre 2010
Approuvé : oui Le 3 novembre 2010

DATE DE L'APPROBATION DU PROTOCOLE : Le 3 novembre 2010

DATE DE RAPPORT D'ÉVALUATION AU COMITÉ : 7 décembre 2010 (séance plénière)

- 30 mars 2011 (modification au formulaire d'information et de consentement, en date du 28 mars 2011)
- 7 décembre 2011 (renouvellement accepté jusqu'au 7 décembre 2012)
- 7 janvier 2013 (renouvellement accepté rétroactivement du 7 septembre 2012 jusqu'au 7 janvier 2014)
- 11 février 2013 (Modification au protocole, en date du 6 février 2013, Ajout d'une infolettre aux cadres gestionnaires infirmiers pour la participation en ligne. Ajout du questionnaire : Validation du questionnaire. en date du 2012)
- 7 janvier 2014 (renouvellement accepté jusqu'au 7 janvier 2015)

TITRE: «La signification expérientielle et l'analyse des facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau oeuvrant en établissement de santé »

**MEMBRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE ET DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ
AVIS FAVORABLE :**

Dre Chantal Lambert, scientifique non-médecin, présidente
Mme Marie-France Thibaudeau, scientifique non-médecin, vice-présidente
Me Marie Boivin, juriste
Mme Henriette Bourassa, membre non affilié représentant la collectivité
Mme Christine Grou, personne spécialisée en éthique
Mme Isabelle Larouche, scientifique non-médecin
Mme Andrée Leboeuf, membre non affilié représentant la collectivité
Dre Jadranka Spahija, scientifique non-médecin
Dr Yvan Pelletier, scientifique médecin
Dr Marcio Sturmer, scientifique médecin
Dr Colin Verdant, scientifique médecin

Marie-France Thibaudeau

N.B.: *APPROUVÉ SELON LE PROCESSUS D'ÉVALUATION ACCÉLÉRÉE*

Le Comité d'éthique de la recherche poursuit ses activités en accord avec *Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada)* et tous les règlements applicables.

Cette approbation est valable pour une période d'un an seulement. Une demande de renouvellement doit être faite après cette période.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

St-Laurent, Montréal (Québec)

Le 17 juillet 2012

*Mme Chantal Cara, inf. Ph. D.
Professeur titulaire
2375, chemin de la Côte Ste-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1A8*

*A/s M. Sylvain Brousseau, Ph. D.
Candidat au programme de doctorat en sciences infirmières
(Québec) J7C 5G1*

Objet:

<i>12.129 - Approbation accélérée initiale et finale CÉR - Projet de doctorat en sciences infirmières - M. Sylvain Brousseau</i>
<i>La signification expérientielle et l'analyse des facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmières de premier niveau oeuvrant en établissement de santé</i>

*Madame Cara
Monsieur Brousseau,*

J'ai pris connaissance des documents suivants reçus en date du 11 juillet 2012 en vue de l'approbation du projet en rubrique:

*Lettre de représentation datée du 11 juillet 2012
Lettre d'appui au projet de recherche de la direction de soins infirmiers
Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche présenté le 18 Octobre 2010
Programme conjoint de doctorat (sciences infirmières) - Approbation scientifique du projet de recherche de thèse - Université de Montréal (Faculté des sciences infirmières) 04 octobre 2010
Approbation d'un projet de recherche - 03 novembre 2012
Renouvellement du projet accepté j'usqu'au 07 décembre 2012
Formulaire d'information et de consentement - 02 novembre 2010 - Approbation le 03 novembre 2010
Formulaire d'information et de consentement adapté
Validation du questionnaire - Université de Montréal
Protocole de recherche - Version 18 octobre 2010
CV - Sylvain Brousseau, M.Sc., Ph.D.*

En vertu des pouvoirs qui me sont délégués par le comité d'éthique de la recherche pour procéder à une évaluation accélérée, il me fait plaisir de vous informer que j'approuve votre projet puisqu'il s'agit d'un projet se situant sous le seuil de risque minimal et qu'en plus, votre projet a été approuvé.

La présente constitue l'approbation finale du comité suite à une procédure d'évaluation accélérée. **Elle est valide pour un an à compter du 17 juillet 2012**, date de l'approbation de votre projet. Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude, doit être soumise pour approbation du comité d'éthique.

Cette approbation suppose que vous vous engagez:

1. à respecter la présente décision;
2. à respecter les moyens de suivi continu (cf Statuts et Règlements)
3. à conserver les dossiers de recherche pour une période d'au moins deux ans suivant la fin du projet afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité;
4. à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans l'établissement.

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Pour toute question relative à cette correspondance, veuillez communiquer avec la soussignée à l'adresse courriel suivante: **brigitte.st-pierre** ou avec sa collaboratrice par courriel ou téléphone : **ghislaine.otis**

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, je vous prie d'accepter, Cher Docteur, mes salutations distinguées.

Brigitte St-Pierre, conseillère en éthique
Présidente
Comité d'éthique de la recherche

BSP/go

C.c. Bureau des contrats
Centre de recherche

Centre de santé et de services sociaux

Laval (Québec)
HJM 3L9

Laval, le 25 septembre 2012

Monsieur Sylvain Brousseau
Candidat au doctorat

PROJET : La signification expérientielle et l'analyse des facteurs de la qualité de vie au travail auprès des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau oeuvrant en établissement de santé

Monsieur,

Il nous fait plaisir de vous informer que le comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval a approuvé, en date du 25 septembre 2012, le protocole de recherche nommé en rubrique, de même que le formulaire d'information et de consentement daté du 7 septembre 2012, la lettre de sollicitation et le questionnaire.

Cette approbation suppose que vous vous engagez:

- à nous rendre compte du déroulement du projet,
- à nous soumettre, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche;
- à nous notifier, dans les meilleurs délais, tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'aspect éthique du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet;
- à nous notifier l'interruption prématurée, temporaire ou définitive, du projet;
- à nous notifier de la fin du projet (dépôt d'un rapport final);
- à nous transmettre toute publication des résultats.

La présente décision vaut pour une année, soit jusqu'au 24 septembre 2013. Vous devrez donc, au moins un mois avant cette date d'expiration, demander le renouvellement de l'approbation du comité en soumettant un rapport d'étape. Si votre projet ne requiert pas de renouvellement, un rapport final devra être soumis. Les formulaires de demande de renouvellement ou d'avis de fin de projet peuvent être téléchargés à l'adresse suivante :

Cette décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

À titre de présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche de CSSS _____, je certifie que la structure et le mode de fonctionnement de ce comité sont conformes aux Bonnes pratiques cliniques (BPC) de la Conférence internationale sur l'harmonisation (CIH) adoptées par Santé Canada ainsi qu'aux lois et règlements applicables.

Nous vous souhaitons bon succès dans la conduite de cette étude et vous prions de croire, Monsieur, en nos sincères salutations.

Johanne Goudreau, inf., Ph. D.
Présidente
Comité scientifique et d'éthique de la recherche

c.c. ;

Dr _____, directeur des services professionnels et hospitalier
M. _____, directeur des affaires universitaires, corporatives et de la qualité
Mme _____, directrice des ressources financières

ANNEXE M

TABLEAU DES RÉSULTATS EN POURCENTAGE POUR LES FACTEURS
FAVORABLES ET DÉFAVORABLES À LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DANS LE
CADRE DE L'ENQUÊTE PROVINCIALE DE LA PHASE III

Question principale de l'enquête provinciale : Veuillez indiquer dans quelle mesure ces situations pourraient influencer votre QVT

FACTEURS FAVORABLES À LA QVT			
1. Actualisation du leadership et des habiletés politiques pour l'amélioration de la qualité des soins infirmiers			
Ensemble des répondants	E1 : Sentiment de gérer efficacement le service pour assurer la qualité et la sécurité des soins		
	Pas du tout / un peu	Moyennement	Beaucoup/totalement
n=285	0,7 %	0,5 %	89,8 %
	E2 : Participation aux orientations stratégiques concernant l'organisation des soins infirmiers		
n=284	8,5 %	23,9 %	67,6 %
	E5 : Pouvoir d'influence sur les décisions administratives en soins infirmiers		
n=283	5,3 %	16,3 %	78,4 %
	E33 : Expertise et leadership en gestion des soins infirmiers reconnus par l'organisation		
n=282	4,6 %	17,4 %	78 %
	E38 : Satisfaction de la clientèle à l'égard des soins infirmiers prodigués dans le service		
n=285	0,4 %	13,3 %	86,3 %
2. Éléments contextuels propices à l'humanisation organisationnelle			
	E11 : Humour au travail		
n=283	6 %	18,4 %	75,6 %
	E14 : Le moins de réunion possible dans une semaine régulière de travail		
n=284	15,1 %	28,5 %	56,3 %
	E15 : Rémunération salariale à la hauteur de la fonction		
n=284	7 %	18,3 %	74,6 %
	E19 : Espace de bureau privé		
n=284	6,7 %	15,5 %	77,8 %
	E20 : Gestion humaniste par les cadres supérieurs		
n=284	4,9 %	12,7 %	82,4 %
	E23 : Rôles et responsabilités clairement définis		
n=282	6,4 %	15,2 %	78,4 %
	E26 : Horaire de travail flexible facilitant l'équilibre travail-famille-études et la vie sociale		
n=281	11,4 %	13,2 %	75,4 %
	E40 : Présence des valeurs humanistes à travers toute l'organisation		
n=284	4,9 %	12,7 %	82,3 %
	E42 : Valorisation du développement de l'expertise en gestion par les cadres supérieurs		
n=289	6,9 %	22,8 %	70,2 %
	E46 : Environnement physique de travail sain et sécuritaire		
n=290	2,4 %	14,5 %	83,1 %

3. Soutien organisationnel favorisant l'épanouissement socioprofessionnel et personnel			
	E7 : Renforcement positif du supérieur		
n=282	5 %	19,9 %	75,2 %
	E9 : Soutiens administratif et clérical disponibles pour soutenir la gestion des soins infirmiers		
n=284	5,6 %	15,1 %	79,2 %
	E17 : Présence du supérieur immédiat lors de situations difficiles vécues en gestion		
n=284	6,3 %	20,1 %	73,6 %
	E24: Soutien de conseillères cliniques en soins infirmiers		
n=285	8,8 %	21,8 %	69,5 %
	E29 : Sentiment d'accomplissement au travail		
n=280	2,5 %	10,7 %	86,8 %
	E48 : Appréciation exprimée par le supérieur à l'égard de la qualité du travail accompli		
n=291	3,8 %	17,9 %	78,4 %
4. Organisation apprenante favorisant le développement des compétences en gestion des soins infirmiers			
	E22 : Accès à de la formation continue en gestion des soins infirmiers		
n=284	6,7 %	21,8 %	71,5 %
	E31 : Apprentissage par des échanges réflexifs en groupe visant la résolution de problèmes en gestion		
n=279	11,8 %	31,5 %	56,6 %
	E44 : Possibilité de baser sa pratique sur des résultats probants et des pratiques exemplaires		
n=287	5,2 %	21,6 %	73,2 %
5. Accompagnement personnalisé répondant aux besoins spécifiques des novices en gestion des soins infirmiers			
	E13 : Programme de relève des cadres offert aux novices en gestion des soins infirmiers		
n=280	16,1 %	25,4 %	58,6 %
	E28 : Présence de modèles de rôles pour les novices en gestion des soins infirmiers		
n=281	12,1 %	29,9 %	58 %
	E34 : Mise en place d'une journée d'accueil pour les novices en gestion des soins infirmiers		
n=284	17,6 %	32,7 %	49,6 %
	E36 : <i>Coaching</i> et mentorat lors de la transition du rôle d'infirmières soignante à gestionnaire		
n=285	14 %	19,6 %	66,3 %

FACTEURS DÉFAVORABLES À LA QVT			
1. Déshumanisation organisationnelle			
	E3 : Obstruction de la bureaucratie dans la réalisation de projets cliniques en soins infirmiers		
n=283	7,8 %	18 %	74,2 %
	E8 : Climat de travail malsain au sein de l'équipe de gestion des soins infirmiers		
n=283	10,2 %	9,2 %	80,6 %
	E10 : Pression constante des décideurs politiques (hors établissement) sur l'organisation		
n=283	6,7 %	29 %	64,3 %
	E21 : Mécontentes avec les cadres supérieurs en regard aux décisions administratives en gestion		
n=285	11,2 %	15,4 %	73,3 %
	E=25 : Présence de conflits ou de violence dans les relations de travail		
n=281	9,3 %	9,3 %	81,5 %
	E27 : Laxisme du cadre supérieur dans la résolution de problèmes		
n=281	9,6 %	17,4 %	73 %
	E35 : Ambiguïté dans la communication des messages venant des cadres supérieurs		
n=284	8,1 %	16,5 %	75,4 %
	E37: Gestion des heures supplémentaire obligatoires des infirmières		
n=284	17,3 %	20,1 %	62,7 %
	E39 : Absence de soutien de la part des cadres supérieurs		
n=283	9,2 %	13,4 %	77,4 %
	E45 : Attitudes irrespectueuses de la part des cadres supérieurs		
n=291	13,1 %	5,8 %	81,1 %
2. Conditions défavorables à la pratique en gestion des soins infirmiers			
	E4 : Ambiguïté dans les rôles et responsabilités		
n=285	7 %	18,2 %	74,7 %
	E16 : Vétusté des lieux physiques		
n=281	16,4 %	38,8 %	44,8 %
	E30 : Manque de temps pour les loisirs et la vie familiale		
n=281	8,9 %	18,5 %	72,6 %
	E32 : Surinvestissement au travail jusqu'à épuisement		
n=281	6,4 %	11,4 %	82,2 %
	E41: Bureau de travail partagé avec le personnel du service		
n=287	20,6 %	17,1 %	62,4 %
	E43 : Encadrement d'un grand nombre d'employés		
n=290	7,6 %	27,2 %	65,2 %
	E47 : Impossibilité d'innover pour les novices en gestion des soins infirmiers		
n=291	13,4 %	34 %	52,6 %
3. Accompagnement insuffisant des gestionnaires infirmiers novices			
	E6 : Absence d'experts pour soutenir les novices en gestion des soins infirmiers		
n=282	8,9 %	24,1 %	67 %
	E12 : Absence de personnes-ressources non-infirmières pour soutenir les novices en gestion		
n=283	17,3 %	33,9 %	48,8 %
	E18 : Inexistence d'un programme d'orientation pour les novices en gestion des soins infirmiers		
n=284	12,7 %	22,9 %	64,4 %