

Université de Montréal

**Relation entre les structures organisationnelles et l'habilitation
des infirmières chefs d'unité**

par

Nancy Beaulieu

Faculté des Sciences Infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des Études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maître
en sciences infirmières
option gestion des services infirmiers

Décembre 2005

© Nancy Beaulieu, 2005



WY
5
U58
2006
v.003

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

**Relation entre les structures organisationnelles et l'habilitation
des infirmières chefs d'unité**

présenté par
Nancy Beaulieu

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Carl Ardy Dubois, Ph.D., président du jury
Danielle D'Amour, inf. Ph. D. directrice de recherche
Josée Côté, inf, Ph. D. membre du jury

Déposé décembre 2005

RÉSUMÉ

Au cours des dernières années, plusieurs hôpitaux ont modifié leur structure de gestion dite traditionnelle pour une structure de gestion par programme clientèle ou encore une structure de gestion mixte. Fondée sur la théorie de la structuration du pouvoir dans les organisations (Kanter, 1993), cette étude a pour but de décrire la perception des infirmières chefs d'unité face à leur niveau d'habilitation en lien avec les structures organisationnelles des hôpitaux québécois.

Les données utilisées pour cette étude proviennent d'une recherche pancanadienne réalisée par Laschinger et Wong (2004). Un devis descriptif corrélationnel à l'aide d'une enquête par questionnaire, a été réalisé auprès de 108 infirmières chefs d'unité provenant de onze centres hospitaliers du Québec. Des analyses descriptives, des tests t et une analyse de variance y sont présentés.

Les résultats de cette étude suggèrent que les infirmières chefs perçoivent avoir un niveau d'habilitation modéré. De manière plus spécifique, les dimensions « Opportunité » et « Information » obtiennent des scores moyens élevés, les dimensions « Pouvoir informel », « Soutien » et « Pouvoir formel » obtiennent des scores de moyen à élevé et la dimension « Ressource » obtient le score moyen le plus bas.

Il n'y a pas de différence entre le niveau d'habilitation des infirmières chefs et les types de structure de gestion existantes dans leur milieu. Cependant, il sera pertinent de vérifier si les résultats de la présente étude se maintiennent ou si les changements, qui se poursuivent

actuellement dans le réseau, auront des effets sur le niveau d'habilitation des infirmières chefs d'unité.

Mots Clés : habilitation, structure de gestion organisationnelle, théorie de Kanter, opportunité, information, soutien, ressource, pouvoir formel, pouvoir informel, infirmières chefs d'unité.

ABSTRACT

Over the past several years, hospitals have modified their structure of management. Management structures have evolved from traditional systems to systems more focused on patient centred care, or mixed management structures. This research is based on the theory of “Structural Power in Organizations” (Kanter, 1993). The purpose of this research is to study the perception of the first line manager’s own empowerment at work, and the impact of the restructuring in Quebec hospitals.

The data used for this study come from Canadian research realized by Laschinger and Wong (2004). Survey data collection was carried out by questionnaire. 108 first line managers in eleven hospitals in the province of Quebec participated in the study. Descriptive statistics, t-test, Chi-Square test and ANOVA analyses are presented.

Nurses in this study perceive their jobs to have a moderate level of empowerment. Subscale opportunity and information obtain high average scores, formal power, support and informal power obtain average scores moderate and subscale resource obtains the average score low.

No significant differences were found between means obtained by each organizational structure of management. However, it will be relevant to verify if the results of this study are maintained, or if the changes which are currently happening in the network will have an effect on the work empowerment of the first line manager.

Key words: work empowerment, restructuring, Kanter’s theory, first line manager.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Liste des tableaux.....	iv
Liste des figures.....	v
Liste des appendices.....	vi
CHAPITRE I – LA PROBLÉMATIQUE	
Problématique	2
Buts de l'étude	6
Questions de recherche	6
CHAPITRE II – LA RECENSION DES ÉCRITS	
Le contexte théorique	8
<i>Le cadre théorique de Kanter</i>	<i>8</i>
La structure d'opportunités	10
La structure de pouvoir	12
La structure de proportion.....	14
La recension des écrits	16
<i>La structure organisationnelle des hôpitaux</i>	<i>17</i>
Les effets des restructurations sur les services infirmiers.....	19
A) L'expansion des frontières.....	20
B) Les transitions	23
C) La cohésion	24
D) Les pertes	25
E) Le pouvoir	26
<i>L'habilitation</i>	<i>27</i>
CHAPITRE III – LA MÉTHODOLOGIE	
Devis de recherche	32
Description du milieu de l'étude.....	32
Recrutement des participants	33
Échantillon de l'étude	34
Définitions opérationnelles des variables à l'étude	35
<i>La structure de gestion.....</i>	<i>35</i>
<i>L'habilitation</i>	<i>36</i>
Collecte de données et description des instruments de mesure	37
<i>Conditions of Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ)</i>	<i>38</i>
Plan d'analyse des données	40
Considérations éthiques.....	41

CHAPITRE IV – PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Caractéristiques des participants	43
Les types de structure organisationnelle	46
Les résultats aux questions de l'étude	49

CHAPITRE V – INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Les résultats de la recherche	58
<i>La perception des infirmières chefs de leur niveau d'habilitation</i>	61
<i>Le lien entre la structure organisationnelle et le niveau d'habilitation</i>	63
Recommandations	66
<i>La formation</i>	67
<i>La gouverne des soins infirmiers</i>	67
<i>La recherche en administration des services infirmiers</i>	68
Limites de l'étude	68
Conclusion	69
70	

RÉFÉRENCES	72
------------------	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :	Résumé des variables et des instruments de mesure.....	38
Tableau II :	Données descriptives selon les caractéristiques âge, sexe, état civil, scolarité et expériences des infirmières chefs d'unité.....	45
Tableau III :	Répartition des centres et des participants selon la structure de gestion de l'organisation.....	46
Tableau IV :	Caractéristiques des infirmières chefs d'unité selon la structure de gestion de l'organisation.....	47
Tableau V :	Moyenne, écart-type et test t des six dimensions et du score global d'habilitation selon le niveau de scolarité des participants.	48
Tableau VI :	Moyenne et écart-type pour les 6 dimensions et le score global d'habilitation mesuré avec l'outil CWEQ-II.....	50
Tableau VII :	Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Opportunité »	Appendice D
Tableau VIII :	Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Information »	Appendice D
Tableau IX :	Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Soutien »	Appendice D
Tableau X :	Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Ressource»	Appendice D
Tableau XI :	Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Pouvoir formel »	Appendice D
Tableau XII :	Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Pouvoir informel »	Appendice D
Tableau XIII :	Moyenne et écart-type des six dimensions et du score global d'habilitation selon les structures organisationnelles.....	53
Tableau XIV :	Analyse de variance (ANOVA).....	54
Tableau XV :	Test d'homogénéité (statistique de Levene) des variances des dimensions et du score global d'habilitation	56

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Cadre théorique de Kanter sur la structuration du pouvoir dans les organisations.....	11
Figure 2 :	Moyennes du score global d'habilitation selon les trois structures de gestion organisationnelle.....	54
Figure 3 :	Diagramme de Tukey (Box plots) pour le score global d'habilitation selon les trois structures de gestion.....	55
Figure 4 :	Diagrammes de Tukey des scores de la dimension « Opportunité » par type d'organisation	Appendice E
Figure 5 :	Diagrammes de Tukey des scores de la dimension « Information » par type d'organisation	Appendice E
Figure 6 :	Diagrammes de Tukey des scores de la dimension « Soutien » par type d'organisation	Appendice E
Figure 7 :	Diagrammes de Tukey des scores de la dimension « Ressource » par type d'organisation	Appendice E
Figure 8 :	Diagrammes de Tukey des scores de la dimension « Pouvoir formel » par type d'organisation	Appendice E
Figure 9 :	Diagramme de Tukey des scores de la dimension « Pouvoir informel » par type d'organisation	Appendice E

LISTE DES APPENDICES

Appendice A - Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II (CWEQ)

Appendice B - Données sociaux démographiques

Appendice C - Formulaire de consentement

Appendice D - Tableau des fréquences, des pourcentages, des moyennes et des écarts-types des dimensions de l'outil CWEQ-II

Appendice E - Diagrammes de Tukey des six dimensions de l'habilitation par structures de gestion organisationnelle

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, j'aimerais exprimer toute ma reconnaissance et des remerciements bien sincères à ma directrice de recherche, Madame Danielle D'Amour Ph.D. pour son encadrement pédagogique, ses conseils judicieux et sa patience.

Des remerciements particuliers sont aussi offerts à l'équipe de recherche de University of Western Ontario pour avoir mis à ma disposition certains résultats de l'étude pancanadienne actuellement en cours. De manière plus spécifique, je tiens à mentionner la collaboration de Madame Joan Almost. Merci Joan.

Et, je ne saurais passer sous silence, la contribution de Messieurs Stanislas Lusamba, Miquel Chagnon et Marc Bourdeau pour leur soutien dans l'analyse des données recueillies pour cette étude.

Ma gratitude bien sincère à Mesdames Mélanie Blais et Michelle Lessard pour leur appui dans la mise en page de ce mémoire. Leur soutien et leur grande disponibilité furent des plus appréciés.

Enfin, je tiens à souligner l'apport financier de la Bourse FERASI et de la Bourse option gestion de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi que l'ouverture et la compréhension de ma supérieure immédiate, Madame Céline Vary pendant mes études de maîtrise.

Chapitre I

LA PROBLÉMATIQUE

Problématique

Les structures organisationnelles hospitalières font l'objet de changements importants au Québec et ce, depuis quelques années. La crise des finances publiques, le vieillissement démographique, les nombreux développements technologiques, ainsi qu'une critique de plus en plus étayée des limites de l'approche biomédicale se conjuguent pour remodeler les modalités de prise en charge des problèmes associés à la santé et au bien-être (Lapointe, Chayer, Malo et Rivard, 2000). Les structures organisationnelles se modifient pour mieux répondre à ces impératifs et contraintes. Les changements les plus fréquents sont, entre autres, la mise en réseau des organisations, les fusions d'établissements et le passage d'une structure traditionnelle à une structure de gestion par programme ou par clientèle. En effet, pour l'adoption d'une structure par programme, durant la seule année 2002, cinq centres hospitaliers universitaires du Québec ont adopté ce mode de gestion. En plus de ces centres universitaires, plusieurs autres établissements ont aussi emboîté le pas : établissements de courte durée, établissements psychiatriques, établissements de soins de longue durée et centres de santé.

Le changement de structure organisationnelle se situe dans le courant qui a pris place aux États-Unis au cours des années 1980 et dans les autres provinces canadiennes au cours des années 1990. Au Québec, en 1996 l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) publiait un document qui visait à informer les gestionnaires des hôpitaux québécois quant à la nouvelle tendance observée aux États-Unis et au Canada anglais (AHQ, 1996).

Deux orientations majeures émergent du concept de la gestion par programme : 1) les soins centrés sur le patient; 2) la restructuration du travail de manière à augmenter l'efficacité, à

assurer un suivi médical adéquat et à réduire les pertes de temps (Moore et Komras, 1993). Lorsqu'un établissement choisit d'orienter son mode de gestion vers un programme clientèle, c'est qu'il organise les ressources et le personnel autour des patients plutôt qu'autour des départements. Patronis Jones (1997) mentionne que le but principal de la gestion par programme clientèle est d'améliorer le système de soins aux patients en maximisant la qualité, la productivité et l'efficacité. Selon cette auteure, le programme clientèle est une philosophie de gestion qui intègre un ensemble de principes de base visant à organiser les soins selon un continuum.

Pour ce faire, l'implantation de la gestion par programme clientèle conduit à la modification de la structure organisationnelle influençant par le fait même la gouverne des soins infirmiers et l'encadrement de la pratique infirmière professionnelle. Conséquemment, la structure traditionnelle fonctionnelle des directions de soins infirmiers est abolie pour passer à une structure de gestion d'équipes interprofessionnelles. Les chefs d'unité ou de services, qui dans la gestion traditionnelle, dirigent une unité de soins (infirmières) ou une unité de services (autres professionnels) dans laquelle on ne retrouve souvent qu'un seul groupe de professionnels, se retrouvent dans le cadre d'un mode de gestion par programme clientèle à gérer des équipes multidisciplinaires.

Clifford (1998) a démontré que l'implantation de la gestion par programme amène chez les infirmières une préoccupation quant à la visibilité des soins infirmiers en tant que discipline, celle-ci n'apparaissant plus explicitement au plus haut niveau de décision des centres hospitaliers. Clifford (1998) a aussi observé que souvent, la direction des soins infirmiers n'assume plus nécessairement une position d'autorité hiérarchique mais bien une position

conseil. Pour les infirmières gestionnaires, entre autres, ce changement crée une distance entre elles et la direction des soins infirmiers des établissements car leur supérieur immédiat n'est plus nécessairement une infirmière. Elles sentent qu'elles ne possèdent plus les repères traditionnels assurant la cohésion dans leur groupe professionnel.

Fitzpatrick, McElroy et DeWoody (2001) ont analysé rétrospectivement ce qui s'est passé dans les dix dernières années aux États-Unis et observent le même phénomène à savoir que dans les organisations, la représentation des soins infirmiers devient de plus en plus diffuse, sans localisation précise dans la structure de l'organisation. Au Canada, Shamian et Lightstone (1997) soulèvent des préoccupations du même ordre, soit le manque de participation des infirmières gestionnaires à la prise de décisions et donc à une diminution de leur pouvoir.

La théorie de la structuration du pouvoir dans les organisations proposée par Rosabeth Moss Kanter (1993) est à la base de l'étude de l'étudiante chercheuse. Selon cette théorie, trois types de structures modulent l'habilitation des gestionnaires : 1) la structure de pouvoir; 2) la structure d'opportunité; 3) la structure de proportion. L'accès à ces structures organisationnelles influence les attitudes et les comportements des individus qui, à leur tour, ont un impact sur l'efficacité au travail. En fait, ces structures aident à expliquer le niveau d'habilitation des hommes et des femmes au sein d'une organisation. L'habilitation réfère à la capacité d'une personne d'être en contrôle des conditions qui rendent l'action possible mais aussi à une stratégie de gestion qui vise à accorder aux membres du personnel une plus grande liberté d'action. Ainsi, lorsque la direction d'une organisation adopte ce type de stratégie, elle permet aux employés d'assumer une plus grande autonomie car ils ont du pouvoir sur leur environnement.

Le pouvoir est défini comme étant l'aptitude à mobiliser les ressources afin d'avoir accès aux informations, au soutien et aux ressources que nécessitent les situations qui se présentent (Kanter, 1993). Il aide à moduler les structures organisationnelles afin de favoriser la collaboration et le partage de la gouverne pour ainsi adopter des pratiques de gestion plus participatives (Kanter, 1979). Ainsi, le pouvoir est perçu comme une aptitude et non comme une force contrôlante et négative. Le dernier rapport du Canadian Nursing Advisory Committee (CNAC, 2002) mentionne : 1) qu'il importe d'assurer que les infirmières gestionnaires ont un pouvoir raisonnable et 2) que l'augmentation du nombre de postes d'influence au sein des organisations n'assure pas ce pouvoir. Pour Goddard et Laschinger (1997), le pouvoir ou l'acquisition d'habiletés à mobiliser les ressources est facilité par la présence de structure organisationnelle qui rend accessible les ressources, les informations et le soutien.

Selon le CNAC (2002), ces changements dans les organisations de santé privent les infirmières de leur structure de leadership, structure fondamentale pour l'efficacité, l'efficience et la culture des soins infirmiers. Au Québec, l'implantation de la gestion par programme clientèle suit le mouvement instauré dans les autres provinces canadiennes et aux États-Unis. Malgré ce fait, aucune étude ne traite de l'expérience québécoise de ces changements et de leur influence sur les services de soins infirmiers.

La présente étude puise ses données d'une recherche pancanadienne conduite dans les 10 provinces du Canada. Le projet, actuellement en cours et qui se poursuivra jusqu'en 2006, est dirigé par Dre Heather Laschinger de University of Western Ontario. De façon plus spécifique, les données utilisées proviennent de deux sections des questionnaires remplis par les infirmières chefs d'unité et d'une question des questionnaires présentées aux directrices de soins infirmiers

des 11 hôpitaux québécois participants à l'étude pancanadienne. Ces données permettront de répondre aux deux questions de recherche formulées par l'étudiante chercheuse.

Cette recherche devrait fournir des informations pour alimenter les décideurs quant aux configurations de rôles et aux structures organisationnelles des hôpitaux qui seraient les plus susceptibles d'entraîner des résultats sur le niveau d'habilitation des infirmières chefs d'unité et conséquemment sur la qualité des soins aux patients, sur la qualité de vie au travail des infirmières gestionnaires, mais aussi sur celle des infirmières soignantes.

Buts de l'étude

Le but de cette étude est de décrire la perception du niveau d'habilitation des infirmières chefs d'unité et d'étudier la relation entre cette perception de leur niveau d'habilitation et les structures organisationnelles des hôpitaux québécois.

Questions de recherche

Les questions de recherche suivantes guident cette étude :

1. Quelle est la perception des infirmières chefs d'unité de leur niveau d'habilitation?
2. La structure de gestion est-elle associée à la perception des infirmières chefs d'unité face à leur niveau d'habilitation?

Chapitre II

LA RECENSION DES ÉCRITS

Le contexte théorique

La première section de ce chapitre présente le cadre théorique de l'étude qui suggère la présence d'un lien entre la structure de gestion organisationnelle et le niveau d'habilitation. La deuxième section présente les écrits sur les deux thèmes principaux en lien avec l'étude, à savoir : a) la structure organisationnelle des hôpitaux et b) l'habilitation. La structure organisationnelle se définit comme étant la structure de gestion ou la distribution du pouvoir qu'adopte une organisation afin d'atteindre ses objectifs. L'habilitation (empowerment) est la capacité d'un individu à utiliser efficacement ses compétences, ses connaissances et ses habiletés afin d'obtenir des résultats.

Le cadre théorique de Kanter

La présente étude est basée sur la théorie de la structuration du pouvoir dans les organisations développée par Élisabeth Moss Kanter (1993). Elle est l'aboutissement d'une étude d'une durée de cinq ans de type qualitative auprès de grandes industries américaines. Au départ, Kanter désirait comprendre la réalité sociale complexe des organisations et les effets sur les individus qui en font l'expérience. Kanter (1993) désirait démontrer que les individus sont rationnels, que les comportements d'un membre d'une organisation même apparemment irrationnels ne sont qu'une réaction à une situation donnée. Une réaction qui a pour but de protéger la dignité, le contrôle et la reconnaissance des autres.

L'élément clé de la théorie de Kanter (1993) est que les conditions de travail et les situations dans lesquelles se retrouvent les personnes qui détiennent un rôle de leader sont plus importantes que leurs traits de personnalité. Elle soutient que le pouvoir provient des conditions présentes dans l'environnement de travail, et non des caractéristiques individuelles de chacun des gestionnaires.

Kanter (1993) décrit le pouvoir comme étant la capacité à mobiliser les ressources humaines, matérielles et financières afin d'atteindre les objectifs attendus par l'organisation. Les ressources sont accessibles à travers le système de pouvoir en place. De plus, l'accessibilité des individus aux différentes structures de l'organisation qui favorise l'habilitation détermine leur niveau d'autonomie et d'efficacité.

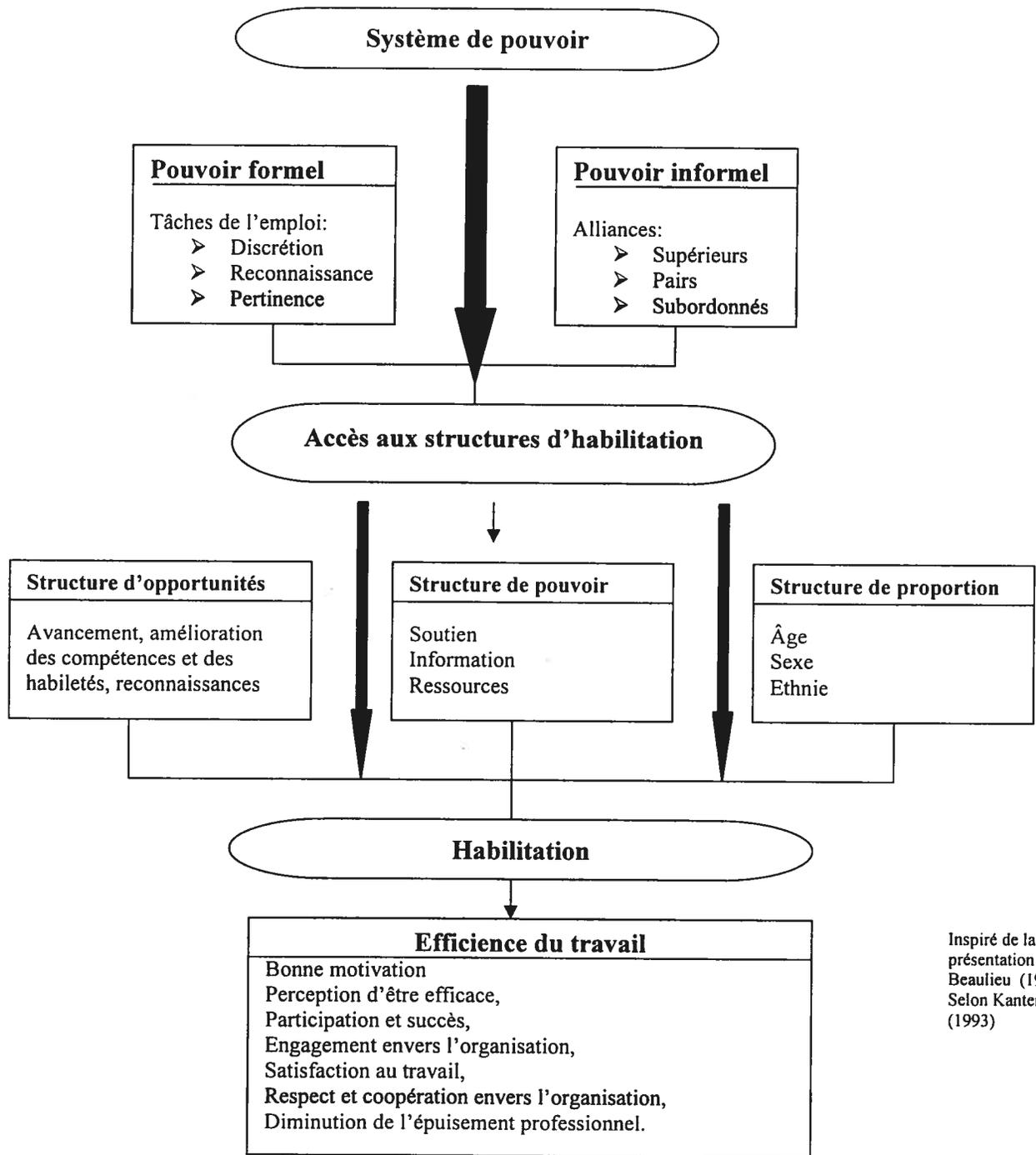
Le système de pouvoir est composé de deux éléments : le premier est la représentation formelle du pouvoir et le deuxième est sa représentation informelle. Le pouvoir formel réfère au titre ou à la position au sein de l'organisation. Cependant, les activités liées à la position doivent rencontrer trois critères pour avoir de l'influence, soit : 1) ne pas être routinières; 2) être visibles; 3) être pertinentes. Selon Kanter (1993) lorsqu'une activité est exempte de routine, elle laisse place à l'innovation et à la créativité. Ainsi, les individus prennent des risques, sont flexibles et s'adaptent facilement aux diverses situations présentes dans l'organisation. Conséquemment, ils sont plus visibles et augmentent la reconnaissance de leur apport. L'organisation doit aussi accorder de l'importance à chacun des titres d'emploi. De ce fait, l'ensemble des activités acquiert sa pertinence. Plus l'emploi est reconnu, plus l'individu obtient du pouvoir.

Le pouvoir informel est complémentaire du pouvoir formel. Il évoque les relations possibles avec les pairs, les supérieurs, les subordonnés, les groupes professionnels de l'organisation et les contacts à l'extérieur des frontières de l'organisation. Kanter (1993) soutient que ces alliances sont génératrices de pouvoir. Selon elle, l'équilibre entre le pouvoir formel (autorité) et le pouvoir informel (influence) constitue le degré de pouvoir détenu. Ce pouvoir influence l'accès aux structures d'habilitation et conséquemment l'efficacité (voir figure 1).

Les structures d'habilitation sont le cœur du modèle de Kanter. Elles sont au nombre de trois: 1) la structure d'opportunités; 2) la structure de pouvoir; 3) la structure de proportion et seront décrites séparément un peu plus loin dans cette section. De manière générale, ces trois structures expliquent les différences dans les réponses aux situations que vit un individu dans son environnement de travail. Kanter (1993) conçoit que l'accessibilité à une ou plusieurs de ces structures influence positivement la réponse à l'environnement de travail et favorise les attitudes et les comportements des individus, ce qui conséquemment apporte une plus grande efficacité au travail.

La structure d'opportunités

La structure d'opportunités réfère aux possibilités d'avancement, d'acquisition de connaissances et d'habiletés. Selon Kanter (1993), la présence d'opportunités détermine le succès ou l'échec d'une organisation. La présence d'opportunités influence le comportement des individus et vice versa. Ainsi, un individu qui a beaucoup d'opportunités sera en mesure de générer encore davantage d'opportunités.



Inspiré de la présentation de Beaulieu (1995) Selon Kanter (1993)

Figure 1 : Cadre théorique de Kanter (1993) sur la structuration du pouvoir dans les organisations.

Selon Kanter (1993), une organisation qui présente une structure d'opportunités favorable aux individus permet à ceux-ci de maintenir leurs aspirations, ce qui développera leur engagement et conséquemment participera au succès de l'organisation. Leur travail sera plus efficient, teinté d'innovation et ils seront des agents de changement. À contrario, une organisation avec peu d'opportunités aura des employés peu engagés qui chercheront à modifier leur situation professionnelle comme par exemple en choisissant une réorientation de carrière. Selon Kanter (1993), ces individus peuvent devenir hostiles à l'endroit des leaders et peu désireux de prendre des risques ou de faire face au changement. Elle maintient que seule une modification dans la structure organisationnelle pourra défaire cette boucle d'interaction négative.

En résumé, la structure d'opportunités suppose que les individus qui ont accès à cette structure sont plus productifs et s'investissent davantage au sein de l'organisation. Si l'accès à cette structure est limité, les employés de tous les niveaux seront moins engagés et moins efficient. Par conséquent, l'organisation atteindra difficilement ses objectifs.

La structure de pouvoir

Tel que décrit précédemment, le pouvoir d'une organisation est la capacité de mobiliser les ressources (Kanter, 1993). La structure de pouvoir existe par le soutien, l'information et les ressources présents dans l'organisation. Lorsqu'ils retrouvent ces trois sources de pouvoir, les leaders peuvent agir efficacement et mobiliser les effectifs pour atteindre les objectifs fixés.

Le soutien se manifeste par les encouragements, l'approbation, la légitimité, l'adhésion. Chandler (1986), qui fut la première à utiliser le cadre de Kanter dans le contexte des soins infirmiers, a aussi ajouté l'assistance. L'individu qui est soutenu se sent habilité et est engagé envers l'organisation. Le contraire sera aussi vrai. Si l'individu n'a pas de soutien, il sera moins engagé envers les valeurs et les buts de l'organisation.

L'information contribue au savoir et ce, par les communications formelles et informelles, les connaissances et l'expertise (Kanter, 1979). L'information donne du pouvoir. Sans information, l'expérience d'un employé sera empreinte d'impuissance, tout comme ses comportements au travail.

De même, les ressources humaines et matérielles permettent à l'employé d'avoir de l'emprise sur sa tâche. En l'absence de ressources, l'employé sera impuissant et optera pour des comportements qui seront non productifs.

Selon Kanter (1993) l'individu qui a accès à du soutien, à l'information et à des ressources sera en mesure de générer plus de pouvoir tandis que l'individu qui sera limité dans l'accès aux sources de pouvoir aura un comportement et une attitude qui présente de l'impuissance. En résumé, la structure de pouvoir suggère que les employés qui ont accès à du soutien, de l'information et des ressources seront plus efficaces que ceux qui ont un accès limité à ces outils. Kanter (1993) mentionne que les individus qui ont accès à cette structure perçoivent qu'ils détiennent du pouvoir et auront tendance à s'investir dans l'organisation. Ainsi, l'organisation s'assure de la présence de leaders au-delà des membres de l'équipe de gestion.

De plus, pour obtenir un environnement de travail avec une structure de pouvoir accessible et permettre un bon niveau d'habilitation, une organisation a besoin de gestionnaires actifs. Un gestionnaire qui a le pouvoir d'accomplir adéquatement son mandat et ultérieurement de permettre à l'organisation d'atteindre ses objectifs donnera à ses subordonnés un accès plus facile à la structure d'habilitation (Kanter, 1993). Le contraire est aussi vrai. Si un gestionnaire n'a pas ou n'utilise pas le pouvoir nécessaire pour accomplir adéquatement son mandat, l'accès de ses subordonnés à la structure d'habilitation sera limité. (Kanter, 1993).

Kanter (1993) mentionne qu'un leader qui possède un niveau élevé dans la structure de pouvoir tendra à garder élevé le moral des troupes, à avoir des employés qui inhiberont leur agressivité au profit d'attitudes coopératives, ce qui réduira l'utilisation des moyens de contrôle. Ainsi, il aura tendance à être moins rigide, moins directif et moins autoritaire. Le gestionnaire adoptera une attitude favorable à la délégation du contrôle, à la latitude dans la prise de décisions et à la résolution de problèmes. Il procurera à ses subordonnés des opportunités de mettre à profit leurs talents et leurs idées. Il posera des actions aidantes et favorisera les communications.

La structure de proportion

La structure de proportion réfère à la distribution des caractéristiques sociales telles que le sexe, l'âge et l'ethnie du personnel dans les différentes positions de l'organisation. L'hypothèse est que lorsqu'un individu est similaire à l'ensemble de son groupe, il tendra à être vu comme membre à part entière du groupe. Il tendra à favoriser les communications, à démontrer sa crédibilité dans les situations incertaines pour ainsi faciliter la résolution de problèmes. Il cherchera aussi à joindre le réseau de pouvoir informel pour former des alliances avec ses pairs

et à connaître les particularités du contexte. Tout comme la structure d'opportunités et la structure de pouvoir, la structure de proportion et les comportements des individus sont en constante interaction.

Bien que la théorie de Kanter accorde de l'importance à la structure de proportion, Beaulieu (1995) a démontré que les structures d'opportunités et de pouvoir auront davantage d'impact sur le développement de l'habilitation des leaders et l'efficacité du travail que les caractéristiques sociales.

En résumé, la théorie de Kanter (1993) démontre le lien théorique entre le pouvoir et l'habilitation. En effet, elle explique que la combinaison des deux systèmes de pouvoir (formel et informel) détermine le niveau d'accès aux trois structures (opportunités, pouvoir et proportion) qui favorisent l'habilitation. En conséquence, le niveau d'habilitation d'un individu, lequel influence l'efficacité d'une organisation, est déterminé par la structure de pouvoir formel et informel ainsi que par l'accès aux trois structures d'habilitation.

La théorie proposée par Élisabeth Moss Kanter a été éprouvée par plusieurs auteurs. Chandler (1986) fut la première à utiliser le cadre de Kanter dans le contexte des soins infirmiers. L'échantillon de l'étude était composé de 246 infirmières et les conclusions de cette recherche ont supporté l'hypothèse émise par Élisabeth Moss Kanter à l'effet que les comportements au travail sont influencés par la présence ou l'absence des variables de la structure de pouvoir. Par ailleurs, cette étude constitue la base d'un des programmes de recherche à l'University of Western Ontario débuté en 1992. Depuis, plusieurs recherches ont permis de supporter empiriquement la validité du cadre théorique de Kanter (Beaulieu, 1995; Beaulieu,

Shamian, Donner, Pringle, 1997; Finegan et Laschinger, 2001; Howle, 1999; Laschinger, Finegan et Shamian, 2001; Laschinger, Finegan, Shamian et Casier, 2000; Laschinger et Havens, 1996; Laschinger et Shamian, 1994; Laschinger et Wong, 1999; Manojlovich et Laschinger, 2002; Miller, Goddard et Laschinger, 2001; Sabiston et Laschinger, 1995).

Les études qui supportent la théorie de Kanter ont démontré, entre autres, que l'habilitation du personnel infirmier avait une corrélation positive avec le niveau de participation au sein de l'organisation (Wilson et Laschinger, 1994), avec l'efficacité du travail au sein d'une organisation (Laschinger et Havens, 1996) ainsi qu'une corrélation négative avec l'épuisement professionnel (Hatcher et Laschinger, 1996). Ces études ont permis d'établir la relation entre le niveau d'habilitation des individus et les effets sur les individus et l'efficacité au travail.

Une étude de Laschinger, Sabiston et Kutzcher (1997) a permis de valider la théorie de Kanter par l'établissement de la relation du pouvoir formel et informel sur le niveau d'habilitation. Leur étude a confirmé une corrélation positive entre l'accès au système de pouvoir de l'organisation et le niveau d'habilitation chez les infirmières.

La recension des écrits

Cette deuxième section de ce chapitre présente les écrits sur les deux thèmes principaux en lien avec l'étude, à savoir : a) la structure organisationnelle des hôpitaux et b) l'habilitation.

La structure organisationnelle des hôpitaux

Tel que mentionné au premier chapitre, plusieurs hôpitaux du Québec passent d'une structure de gestion traditionnelle à une structure de gestion par programme ou par regroupement clientèle. Il est important de noter qu'il n'existe pas à notre connaissance de recherche actuellement au Québec sur le phénomène de la gestion par programme clientèle et les effets sur les services infirmiers. Les écrits consultés proviennent principalement des États-Unis et de l'Ontario.

Avant de présenter la structure de gestion par programme, nous présentons brièvement la structure de gestion traditionnelle. Jusqu'à tout récemment, la gestion traditionnelle caractérisait l'ensemble du réseau de la santé et elle est incidemment toujours présente dans plusieurs milieux. Cette structure ressemble à une pyramide où le pouvoir est centralisé au sommet et diminue graduellement à l'intérieur de la pyramide. Dans ce type de structure, l'information est diluée graduellement. Elle prend naissance au sommet et est progressivement « filtrée » jusqu'à la base (Charns et Smith Tewksbury, 1993).

Dans ce type de structure, la directrice des soins infirmiers est au centre des activités de gestion. Elle dirige l'ensemble des services infirmiers offerts et sa participation dans la gestion organisationnelle est clairement établie (Clifford, 1998). Selon Charns et Smith Tewksbury (1993), le bénéfice de ce type de structure est que la prise de décision est clairement définie, le réseau de communication est simple et les ressources sont centralisées et partagées entre les départements limitant l'expansion des coûts. La structure organisationnelle traditionnelle est simple et facile à comprendre, mais elle présente certaines limites. Selon Charns et Smith

Tewksbury (1993), la communication est une limite. Souvent, elle est restreinte car elle doit traverser plusieurs niveaux d'interlocuteurs avec comme conséquence une perte d'informations et d'opportunités. Une autre limite est la création indirecte de frontières autour des fonctions ou des départements créant dans certaines situations des clans entre les professionnelles. Ce phénomène affecte aussi les communications à l'intérieur de l'organisation car la quantité et la qualité des informations qui traversent les frontières sont parfois diminuées.

Le concept de gestion par programme clientèle est apparu dans les écrits américains à la fin des années 1980. On la décrit comme une gestion décentralisée, organisée autour de la clientèle interne et externe d'un programme de soins. Le modèle est calqué sur la gestion d'une gamme de produits (*product-line management*) (Bonalmi et Fisher, 1999; Clifford, 1998; Kholes, 1997; Laing, 2002; Litwin, Beauchesne et Rabinowitz, 1997; Miller, Galloway, Coughlin et Brennan, 2001; Sears 1998). En effet, Norrish et Rundall (2001) mentionnent que la gestion par programme clientèle est une stratégie mise en place afin d'éliminer les inefficacités engendrées par la départementalisation des services hospitaliers et de mettre l'accent sur les opérations hospitalières entourant le patient plutôt qu'autour des disciplines ou des départements.

En théorie, ce type de gestion fait en sorte que chaque programme est en fait un « mini-hôpital » à l'intérieur d'un grand hôpital. Dans la pratique, il est difficile de reproduire tous les services que requiert chacun des programmes sans augmenter le besoin de ressources et les dépenses (Charns et Smith Tewksbury, 1993; Brathwait, 1995). Pour Norrish et Rundall (2001), le programme clientèle représente une relecture de la façon dont les soins sont organisés dans un hôpital, un examen rigoureux des processus structuraux qui sous-tendent la gestion des soins et un réalignement de la gestion des soins en mettant le patient au centre de ce processus.

L'expérience du patient est le facteur principal le plus important. Les hôpitaux en particulier ont des processus organisationnels qui se sont construits au fil des ans sur une spécialisation, une centralisation et un cloisonnement excessifs. En prenant ces processus à part et en reconfigurant les systèmes de soins autour du patient, on retrouve selon Norrish et Rundall (2001) l'essence même d'un programme clientèle.

Ce type de gestion apporte un défi de taille pour le leadership. En effet, pour atteindre le plein potentiel de ce modèle de gestion, le développement des habiletés à la prise de décision des équipes est essentiel. Les gestionnaires se doivent d'être habiles dans la gestion d'équipe, la résolution de conflits et la gestion du changement (Charns et Smith Tewksbury, 1993).

Les effets des restructurations sur les services infirmiers

Plusieurs écrits traitent de l'influence de la gestion par programme clientèle sur les soins infirmiers. Patronis Jones (1997) fait remarquer que divers hôpitaux américains ont rapporté que le changement de gestion en programme clientèle amène plusieurs retombées positives. Les retombées les plus souvent mentionnées sont les suivantes : le regroupement des services aux patients ayant des caractéristiques similaires, le déplacement des services plus près des patients, l'élargissement des habiletés du personnel. Par contre, cette dernière retombée soulève aussi des effets négatifs soit l'ambiguïté des rôles.

Clifford (1998) a étudié trois hôpitaux ayant implanté une restructuration vers la gestion par programme clientèle et elle a analysé plus spécifiquement la fonction de direction des soins infirmiers. Les principaux résultats de son étude montrent que : 1) une des préoccupations des

infirmières est la visibilité des soins infirmiers en tant que discipline qui n'apparaît plus explicitement au plus haut niveau de décision de ces centres hospitaliers; 2) l'abolition des départements qui a entraîné des modifications majeures à tous les niveaux de gestion des soins infirmiers; 3) le personnel de direction des soins infirmiers n'assume plus nécessairement une position d'autorité hiérarchique, mais bien une position conseil. Ainsi, le niveau de participation des gestionnaires de soins infirmiers dans la gestion organisationnelle par programme clientèle est moindre que celui associé à la structure traditionnelle de gestion. Clifford (1998) regroupe ces changements sous cinq thèmes, soit : 1) l'expansion des frontières; 2) les transitions; 3) la cohésion; 4) les pertes et 5) le pouvoir. Ces thèmes sont présentés séparément, il faut toutefois comprendre qu'ils sont interreliés et donc qu'il n'est pas aisé de les isoler les uns des autres.

A) L'expansion des frontières

Les frontières dans la dynamique organisationnelle représentent le début et la fin de l'autorité et des responsabilités de chacun des membres d'une organisation. Généralement, elles sont sanctionnées par la position que détient un individu et la nature des responsabilités qui lui sont assignées.

Étant donné l'importance accordée au travail d'équipe interprofessionnelle et d'équipe interdépartementale, les gestionnaires de programmes clientèle ont un rôle de gestionnaire qui dépasse largement les frontières des soins infirmiers. Ce rôle inclut la gestion d'autres disciplines telles que le service social, la pharmacie, etc., mais aussi d'autres services tels que le transport des patients, les services ménagers. En effet, Gelinas et Manthey (1997) dans un article rappelant une étude qu'ils ont effectuée auprès de 5000 infirmières (soignantes et gestionnaires) aux États-

Unis en 1993 et repris de manière comparable en 1995 font état qu'en 1995, le nombre de gestionnaires qui rapportaient des changements dans leur position, leur rôle et leur responsabilité avait presque doublé par rapport aux résultats de l'étude de 1993. En 1993, l'étude de Gélinas et Manthey (1997), avait permis d'identifier les habiletés que devraient développer les nouveaux gestionnaires, soit la capacité d'être un coach, un mentor et ce, à travers différentes cultures de travail, différentes disciplines et différents départements. En 1995, leur seconde étude a démontré que ces aspects étaient des éléments de base pour qu'un gestionnaire joue son rôle efficacement.

Mrayyan (2002) mentionne que l'environnement actuel des services de santé affecte le rôle des gestionnaires lequel est de plus en plus complexe et comprend un nombre de responsabilités croissant. Ce phénomène de modification des frontières du rôle a aussi été observé en Ontario. L'élargissement du rôle et des responsabilités des gestionnaires est en partie attribuable à l'abolition de postes de direction des soins infirmiers. En effet, certains auteurs ont observé une diminution du nombre de cadres intermédiaires infirmiers dans les établissements de santé (Laschinger et al., 1997 ; McKey, 2002).

Plusieurs auteurs mentionnent que les restructurations en un programme clientèle ont modifié le processus de soins et changé la composition des équipes soignantes et ce, par un élargissement des frontières de responsabilité et par l'intégration de nouveaux types de personnel. Ces restructurations ont aussi eu pour effet un redimensionnement de la main-d'œuvre qui a pris deux formes, soit la diminution du ratio infirmière autorisée/patients et l'introduction massive de nouveaux types de personnel moins qualifié (Laschinger, Shamian et Thompson, 2001; Norrish et Rundall, 2001; Weaver, 1999).

Selon Sochalski, Aiken et Fagin (1997), la reconfiguration des processus en ce qui a trait à la réduction du ratio infirmière autorisée/patients et de l'introduction d'un nouveau personnel d'assistance sont des tendances présentes aux États-unis, en Europe et au Canada. Conséquemment aux réorganisations vers l'adoption de la gestion par programme, plusieurs auteurs se sont interrogés sur les effets du redimensionnement et plus particulièrement du « *downsizing* ». Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et Silber (2002) ont effectué une étude dans 168 hôpitaux auprès de 10 184 infirmières et 232 342 patients. Ils ont démontré l'existence d'un lien statistiquement significatif entre le ratio infirmière autorisée/patients à savoir qu'au-delà d'un ratio de 1:6, pour chaque patient additionnel, les risques de mortalité sont augmentés de 7 %, de même que les risques d'effets indésirables (*failure-to-rescue*).

Sovie et Jawad (2001) ont effectué une étude dans 29 centres hospitaliers universitaires aux États-Unis dans les unités de médecine et de chirurgie. La grande majorité des 29 hôpitaux avaient procédé à un redimensionnement important de la main-d'œuvre. L'étude montre que les résultats de soins sont influencés par le nombre d'heures infirmière autorisée/patient par jour. Une augmentation du nombre d'heures infirmière autorisée est associée à une diminution des chutes et à une plus grande satisfaction des patients en regard de la gestion de la douleur et une augmentation du nombre d'heures travaillées par l'ensemble du personnel infirmier est associée à une diminution du taux d'infection urinaire.

B) Les transitions

Les périodes de transition sont des moments privilégiés pour apporter des changements. Les gestionnaires doivent être en mesure d'accompagner le personnel dans ces transitions et de créer de nouveaux espaces de leadership.

Normalement, la directrice des soins infirmiers (DSI) est la personne sur qui les infirmières d'un établissement s'appuient pour connaître la direction et les objectifs visés par les départements de soins infirmiers. Dans son étude, Clifford (1998) a analysé les effets des restructurations sur le leadership infirmier. Cette transition dans le rôle des directrices de soins infirmiers provient d'un élargissement du rôle de leadership central associé spécifiquement au personnel infirmier à un rôle très large qui touche désormais plusieurs disciplines. Aussi, Clifford (1998) rapporte que le rôle de la DSI est moins clair dans la réorganisation. Alors que dans la structure traditionnelle, l'ensemble des acteurs de l'organisation reconnaît à la DSI la responsabilité des décisions relatives aux soins infirmiers, la gestion par programme clientèle rend invisible plusieurs aspects du travail de la DSI. L'une des DSI rencontrées a même décrit son nouveau rôle comme un rôle de « suiveuse » sans aucun pouvoir. Les infirmières de ce même hôpital ont mentionné une perte évidente d'influence dans la nouvelle structure.

Clifford (1998) rapporte que pour la DSI, une des composantes du leadership qui devient encore plus importante lors des restructurations est le sens de la communication. Cet aspect devient plus important non seulement durant la période de changement pour transmettre les besoins factuels d'informations, mais aussi pour utiliser cette période de mouvement pour inculquer les valeurs et les objectifs de l'organisation (Clifford, 1998). Aussi, l'implantation de

la gestion par programme peut modifier et compliquer les communications car il y a une modification importante de la structure qui encadre les soins infirmiers. Il n'existe plus de point central où est concentrée l'information (Clifford, 1998).

C) La cohésion

Les infirmières sentent qu'elles ne possèdent plus les repères traditionnels assurant la cohésion dans leur groupe professionnel. La restructuration a démantelé les mécanismes de concertation qui permettaient d'établir des standards de soins communs dans tout l'hôpital. L'approche par gamme de produits est bénéfique à l'approche interprofessionnelle, mais problématique pour implanter et assurer le suivi des standards de soins uniformes. La restructuration semble avoir démantelé les silos verticaux pour créer des silos horizontaux (Clifford, 1998).

Les infirmières gestionnaires ont toujours joué un rôle essentiel dans la gestion des hôpitaux, car elles ont une influence directe sur les soins offerts par l'organisation (Curtin, 2000; Upenieks, 2003). Selon Curtin (2000), les infirmières gestionnaires doivent maintenir l'équilibre entre les différents besoins des patients, des familles, des infirmières, des spécialistes et du personnel de soutien. De plus, elles doivent habiliter les infirmières à travailler efficacement et ce, par l'augmentation de leur autonomie (Kennedy, 2000). L'abolition du département de soins infirmiers comme lieu central de concertation contrevient à ce rôle important des infirmières gestionnaires.

D) Les pertes

Clifford (1998) rapporte que les départements de soins infirmiers ont laissé la place à une structure organisationnelle où les services infirmiers ne sont plus clairement identifiés et intégrés à la structure de prestation de services. Aussi, elle mentionne que les discussions autour des pertes se sont avérées très intenses sur le plan émotif et ce, dans les trois organisations de l'étude. Les symboles identitaires ont été les principales pertes déplorées : titre, département, sentiment d'appartenance. Ces pertes ont aussi été verbalisées en terme de distance et de confiance. Les infirmières gestionnaires des établissements à l'étude déplorent la distance entre elles et la direction des soins infirmiers et le fait que celle-ci ne soit plus le canal par lequel elles font passer leurs préoccupations relatives à la qualité des soins.

L'abolition des postes de directrice de soins infirmiers a provoqué des changements dans les structures organisationnelles, mais aussi dans les opérations et les activités des établissements. Une étude de Norrish (2001) rapporte que les infirmières exerçant dans le cadre de la gestion par programme clientèle disent passer moins de temps auprès des patients sous forme de soins directs et plus de temps dans les activités indirectes (planification et coordination) et, ainsi que dans des activités techniques. Les infirmières ont rapporté un sentiment de perte et d'insatisfaction en regard de leur rôle. D'ailleurs, Havens (2001) a démontré que la présence d'un département distinct de soins infirmiers, la présence d'experts en soins infirmiers pour la pratique et la recherche ainsi que la présence d'une DSI qui a le contrôle sur la pratique et sur l'environnement ont un impact positif sur le soutien apporté à la pratique des soins infirmiers.

E) Le pouvoir

Le démantèlement d'une structure organisée par département disciplinaire a permis à certaines infirmières de la direction de gagner du pouvoir au sein de l'organisation, mais sans pour autant assurer le même soutien à la discipline. La participation des DSI au comité exécutif des organisations diffère selon les institutions. Dans une des trois organisations de l'étude de Clifford (1998), la DSI dit remarquer une augmentation de son pouvoir dans la prise de décisions, tandis qu'une autre mentionne que sa participation est moindre que par le passé. Pour ce qui est du troisième centre, la DSI considérait au moment de l'étude que son rôle au niveau de la direction n'était pas clairement précisé (Clifford, 1998).

Spence Laschinger, Sabiston et Kutscher (1997) mentionnent que les structures organisationnelles influencent le contrôle sur différents aspects de la prise de décision par les infirmières. D'ailleurs, une étude de Wilson et Laschinger (1994) a démontré une corrélation positive ($r = .87$, $p = .001$) entre la perception des infirmières de leur niveau d'accès aux structures d'habilitation et leur perception de la présence de caractéristiques qui favorisent l'habilitation dans l'organisation.

En résumé, les restructurations vers l'adoption d'un système de gestion par programme influencent les soins infirmiers. Il n'apparaît pas que les changements ont eu les résultats attendus tant en terme de qualité des soins infirmiers, que de satisfaction du personnel infirmier et d'efficience. Une révision de l'organisation des hôpitaux semble être nécessaire et irréversible.

L'habilitation

Beaulieu et al. (1997) définissent l'habilitation (empowerment) comme étant la capacité d'un individu à utiliser efficacement ses compétences, ses connaissances et ses habiletés afin d'obtenir des résultats. Porter-O'Grady (1999) mentionnent que l'habilitation est le pouvoir que présente un individu de par ses comportements et ses décisions dans un rôle et non le pouvoir qui est attribué par un individu ou une organisation. Selon Laschinger et Havens (1996), l'habilitation des infirmières permet aux organisations de santé de rencontrer les besoins des patients de manière efficace. Dans le même sens, Almost et Laschinger (2002), suite à une étude auprès de 219 infirmières, mentionnent que la présence d'une structure organisationnelle qui favorise l'habilitation favorise l'efficacité du travail entre autres par l'augmentation de l'autonomie professionnelle. De plus, l'étude a démontré que la collaboration médecins/infirmières était supérieure lorsque le niveau d'habilitation était élevé.

Divers auteurs se sont intéressés au niveau d'accès à la structure d'habilitation en lien avec différentes variables et chez différentes populations. Citons d'abord les études qui comparent le niveau d'accès à la structure d'habilitation des infirmières gestionnaires et des infirmières soignantes (Beaulieu et al. 1997; Laschinger et Havens, 1997; Laschinger et Shamian, 1994).

Laschinger et Shamian (1994) ont étudié le phénomène d'habilitation selon le cadre théorique de Kanter auprès de 112 infirmières et 27 gestionnaires infirmiers dans un hôpital de 450 lits de Toronto. Elles tentaient de valider les trois hypothèses suivantes : 1) la perception du niveau d'accès à la structure d'habilitation des infirmières gestionnaires est liée à une perception positive de leur efficacité; 2) les infirmières gestionnaires ont l'impression d'avoir un niveau

d'habilitation plus élevé que les infirmières soignantes; et 3) la perception du niveau d'accès à la structure d'habilitation du personnel infirmier est liée au pouvoir de leur supérieur immédiat. Les trois hypothèses ont démontré des relations significatives. La troisième supporte l'hypothèse de Kanter à l'effet que les leaders bien outillés ont les habiletés pour favoriser l'habilitation de leurs subordonnés. L'accès à l'information, aux éléments de soutien et aux ressources est en lien direct avec le niveau d'habilitation des gestionnaires. Laschinger et Shamian (1994) mentionnent aussi que la présence de leaders capables de discerner « les choses à faire » compense positivement les faiblesses organisationnelles et la perception qu'ont les infirmières quant à leur accès à la structure d'habilitation.

Une seconde étude (Beaulieu et al., 1997) supporte les résultats de l'étude de Laschinger et al. (1994) à cet effet. Beaulieu et al. (1997) mentionnent que les gestionnaires qui rapportaient qu'elles avaient accès facilement à l'information, aux ressources et au support démontraient un niveau d'habilitation plus élevé. Dans cette étude, les chercheuses ont conclu que l'accès à ces structures avait un impact positif sur l'habilitation.

Une étude de Laschinger et Havens (1997) s'est intéressée à l'influence de l'habilitation des leaders infirmiers sur l'efficacité du personnel. L'échantillon était composé de 150 infirmières soignantes d'un centre hospitalier urbain de la Caroline du Nord aux États-Unis. Dans cette étude, les infirmières ont démontré que la perception de leur habilitation en regard de leur travail avait une corrélation négativement significative avec les tensions au travail ($r = .69$, $p = .000$). Aussi, en utilisant une analyse de régression pour évaluer les effets de la tension au travail sur les variables de l'habilitation, les résultats obtenus ont démontré que l'habilitation explique 47% de la variance de la tension au travail. Ces données ont supporté l'hypothèse de l'étude à l'effet que

les employés non habilités deviennent rapidement insatisfaits. Laschinger et Havens (1997) rapportent aussi que seul un leader habilité et confortable avec cette habilitation pourra habiliter son personnel et être confortable avec l'habilitation de celui-ci.

L'étude de Howle (1999) auprès d'un échantillon de convenance de 61 infirmières a aussi démontré une relation positive entre l'efficacité au travail des infirmières et leur niveau d'accès à l'information, aux ressources, aux éléments de soutien ainsi que la présence d'opportunités présentées par leur supérieur. Lorsque les infirmières perçoivent leur gestionnaire comme détenteur d'un pouvoir formel et informel, cela crée un environnement favorisant l'efficacité.

D'autres études ont été effectuées en vue d'établir les liens entre l'accès à la structure d'habilitation et les effets chez les infirmières. Manojlovich et Laschinger (2002) ont démontré qu'il existe une relation entre l'habilitation des infirmières et la satisfaction au travail. Une étude menée par Hatcher et Laschinger (1996) a illustré que l'habilitation était associée à un faible taux de détresse psychologique au travail (burnout). Laschinger et Havens (1996) soulignent que les infirmières qui se décrivent comme possédant de l'habilitation dans leur travail ont du contrôle sur leur pratique, sont satisfaites de leur travail et sont efficaces. Une corrélation positive a aussi été démontrée entre l'accès au système de pouvoir et le contrôle sur la pratique, la satisfaction et l'efficacité du travail. D'ailleurs, Kanter (1993) affirme qu'un employé satisfait relève plus aisément les défis que lui propose l'organisation.

Enfin, certaines études ont exploré la relation entre les différentes structures organisationnelles et les résultats sur l'efficacité au travail. L'étude de Laschinger, Wong, McHanon et Kaufmann (1999) a permis de mesurer auprès de 537 infirmières, peu de temps

après la fusion de deux hôpitaux de soins tertiaires, les effets du niveau de responsabilité sur l'habilitation et l'efficacité du travail. Une des conclusions fut que les infirmières ayant une bonne habilitation avaient un bon niveau de responsabilisation et avaient la perception d'être efficaces au travail. Les auteurs suggèrent que les membres d'une équipe se sentiront habilités si leur leader donne un sens à leur travail et s'il aide ceux-ci à comprendre l'importance de leur rôle en sollicitant leur participation dans la prise de décisions, en augmentant leur habileté et en offrant les ressources nécessaires. Indirectement, le mode de pratique du leadership par les infirmières gestionnaires influence l'accès à la structure d'habilitation.

La revue des écrits démontre que l'habilitation influence les individus et par conséquent l'efficacité d'une organisation. L'environnement dans lequel évoluent les individus influence aussi leur niveau d'habilitation au sein de l'organisation. Les études établissent que les gestionnaires doivent créer des environnements qui permettent un bon accès aux trois structures d'habilitation par le personnel infirmier afin de favoriser leur habilitation.

Afin d'accroître les connaissances sur la relation entre l'environnement et le niveau d'habilitation, la présente étude investiguera la relation entre les types de structures organisationnelles et le niveau d'habilitation des infirmières chefs d'unité de soins.

Chapitre III

LA MÉTHODE

Ce chapitre présente le devis de recherche retenu pour répondre aux deux questions à l'étude. Tel que mentionné précédemment, la présente étude tire ses données d'une recherche pancanadienne menée par Dre Heather Laschinger et Dre Carol Wong et touche onze hôpitaux québécois. Les différentes parties de ce chapitre présentent successivement : a) le devis de recherche et le but de l'étude; b) le milieu et la population; c) le recrutement des participants; d) l'échantillon; e) les définitions opérationnelles des variables; f) la collecte des données et la description des instruments de mesure; g) le plan d'analyse des données et h) les considérations éthiques. Pour certaines parties, la méthodologie de l'étude pancanadienne est présentée afin de bien démontrer le contexte du déroulement de l'étude. Aussi, l'étudiante chercheuse a participé comme assistante de recherche à l'étude pancanadienne et sa collaboration est décrite dans ce chapitre.

Devis de recherche

La présente étude utilise un devis descriptif corrélationnel transversal dont le but est de décrire le niveau d'habilitation des infirmières chefs d'unité et d'étudier la relation entre celui-ci et la structure de gestion des hôpitaux québécois participants.

Description du milieu de l'étude

L'étude pancanadienne, d'où tire ses données la présente étude, porte sur 84 centres hospitaliers dont 11 centres du Québec. Ces centres se répartissent comme suit : 48 centres de soins universitaires (tertiaires) et de 36 centres de soins de seconde ligne (secondaires). Le seul

critère de participation à l'étude était d'avoir plus de 100 lits de soins aigus. Il s'agit d'un échantillon de convenance. Une répartition entre les centres de soins tertiaires et secondaires a été assurée. Au Québec, les 11 centres se répartissent comme suit : 6 centres tertiaires et 5 centres secondaires.

Recrutement des participants

Dans un premier temps, les centres ont été sollicités par l'entremise des directrices de soins infirmiers (DSI). À la suite de leur acceptation de participer à la recherche, le projet a été présenté aux comités d'éthique de la recherche de chacun des centres. C'est à cette période que l'étudiante chercheuse a débuté sa collaboration au sein de l'équipe de recherche de l'étude pancanadienne. La première activité fut de participer au processus d'acceptation du projet de recherche des différents comités d'éthique des hôpitaux du Québec. À la suite de l'approbation officielle de chacun d'eux, l'étude a débuté par l'identification des participants. Comme il n'existe pas de liste officielle du personnel d'encadrement dans le milieu hospitalier canadien et ce, même au niveau provincial, les DSI des centres hospitaliers participants ont été sollicitées à produire par courrier électronique: a) la liste des noms des infirmières gestionnaires de leur institution incluant leurs secteurs de responsabilité et leur adresse postale à l'hôpital et b) l'organigramme le plus récent de leur centre. Par la suite, un questionnaire a été acheminé à l'adresse au travail des gestionnaires accompagné d'un formulaire de consentement et d'une enveloppe pré-adressée à l'unité de recherche de University of Western Ontario. La durée du questionnaire était évaluée à environ trente minutes. Un code était assigné à chaque participant de telle sorte que les rappels ont pu être acheminés selon la méthode de Dillman (1978). Cette

méthode consiste à acheminer aux participants, par la poste, trois semaines après le premier envoi, un premier rappel de l'importance de leur participation à la recherche. Ce rappel consiste en l'envoi d'une lettre signée par les chercheurs. Trois semaines plus tard, un deuxième et dernier rappel est fait. Cet envoi consiste en une lettre de rappel où un nouveau questionnaire est aussi acheminé. En plus des critères prévus par la méthode de Dillman, l'étudiante chercheuse a sollicité, trois semaines après le premier envoi, par courrier électronique et deux semaines plus tard par téléphone, les directrices de soins infirmiers afin qu'elles encouragent les infirmières gestionnaires de leur centre hospitalier à participer à l'étude pancanadienne.

Échantillon de l'étude

L'enquête canadienne a été faite auprès de 1 423 gestionnaires de premier niveau (infirmières chefs d'unité), de 458 gestionnaires intermédiaires (directrices adjointes de soins infirmiers) et de 116 cadres supérieurs (directrices de soins infirmiers). Le taux de participation général fut de 56,73 %, pour la population des gestionnaires de premier niveau, ce taux fut de 54,67 %.

Dans le cadre de cette recherche de maîtrise, la population retenue est composée des infirmières chefs d'unité du secteur de courte durée des centres hospitaliers québécois participants, soit 213 infirmières chefs d'unité. Chaque participant a reçu par la poste un questionnaire; 128 participants ont rempli le questionnaire. Pour les fins d'analyse, seulement 108 questionnaires ont été utilisés et ce pour un taux de participation de 51 %. Ce faible taux de réponse s'explique par les commentaires reçus, à savoir : 1) le temps requis pour remplir le

questionnaire a été beaucoup plus important que ce qui était prévu et 2) il était difficile de répondre spontanément à la section 2 du questionnaire. Cette section demandait du temps de consultation dans les dossiers de gestion des ressources humaines et décourageait le répondant à poursuivre sa participation à l'étude.

Définitions opérationnelles des variables à l'étude

Plusieurs variables sont étudiées dans la recherche pancanadienne. Dans le cadre des études de maîtrise, le nombre de variables étudiées doit cependant être limité pour des raisons de faisabilité. Deux variables ont été ainsi ciblées, soit la structure de gestion des organisations et l'habilitation des infirmières chefs d'unité.

La structure de gestion

En théorie, la structure de gestion réfère à la structure organisationnelle qu'adopte un hôpital. Dans le cadre de cette étude, les hôpitaux ont été classés selon trois types de structure de gestion soit: 1) la structure de gestion traditionnelle; 2) la structure de gestion par programme et 3) la structure de gestion mixte (traditionnelle et programme).

Pour la structure de gestion traditionnelle, nous retrouvons un directeur général et directement sous sa gouverne, plusieurs directeurs dont une directrice des services infirmiers qui à son tour dirige un ensemble d'unités de soins qui sont sous la régie d'infirmières gestionnaires.

Dans cette structure, le niveau de participation de la directrice des soins infirmiers dans la gestion organisationnelle est élevé.

Le deuxième type réfère aux hôpitaux qui ont adopté une structure de gestion par programme. Dans ce mode de gestion, nous retrouvons un directeur général et directement sous sa gouverne, plusieurs directeurs de programme avec des acteurs en position de conseil dont la directrice des soins infirmiers.

Le troisième type réfère aux hôpitaux qui ont adopté pour certains secteurs d'activité une structure de gestion par programme mais qui ont conservé pour d'autres secteurs une approche traditionnelle par département. Dans ce mode de gestion, nous retrouvons un directeur général et directement sous sa gouverne, des directeurs de programme et des directeurs de départements dont la directrice des soins infirmiers.

L'habilitation

Kanter (1993) définit l'habilitation comme étant la capacité d'une personne à être en contrôle des conditions qui rendent l'action possible. Selon Kanter (1993), le niveau d'habilitation d'un individu dans une organisation se mesure par son accès au système de pouvoir (pouvoir formel et informel) et à la structure d'habilitation de l'organisation. La structure d'habilitation réfère au concept élaboré par Kanter (1993) pour décrire les quatre facteurs dans l'environnement qui augmentent l'efficacité du travail, soit: la disponibilité de l'information, le soutien offert, l'accessibilité des ressources et les opportunités d'apprentissage. Ceux-ci permettent l'accès à la structure d'habilitation et tendent à augmenter l'autonomie des individus et leur engagement envers l'organisation (Kanter, 1993). Basé sur les travaux de

Kanter (1993), les chercheurs Laschinger, Finegan et Wilk (2001) ont élaboré à partir de trois instruments un outil, appelé « Conditions for Work Effectiveness Questionnaire-II (CWEQ-II) » afin d'opérationnaliser le concept d'habilitation. Cet instrument sera utilisé dans le cadre de cette recherche.

Collecte de données et description des instruments de mesure

Cette section présentera la méthode de collecte de données et la description des instruments de mesure, de même que ses propriétés psychométriques. Les instruments de mesure utilisés sont: 1) une question auprès des DSI pour déterminer la structure de l'organisation et 2) Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II (CWEQ) de Laschinger, Finegan et Wilk (2001).

La collecte de données a été effectuée au moyen d'une enquête par questionnaire. Le questionnaire, développé par l'équipe de Dre Laschinger, a été traduit en français pour le volet québécois de l'étude pancanadienne par l'équipe de Dre D'Amour dont l'étudiante chercheuse fait partie. Le questionnaire est composé de 15 sections. Dans le cadre du mémoire, les données utilisées proviennent des sections 11 (CWEQ-II)¹ et 15 (données sociodémographiques)² du questionnaire des infirmières chefs d'unité et la question 5 du questionnaire des DSI de l'étude pancanadienne. Le tableau I présente un résumé des variables à l'étude et des instruments de mesure utilisés.

¹ Appendice A

² Appendice B

Tableau I - Résumé des variables et des instruments de mesure

Variables	Instruments	Items	Validité	Auteurs
Structure de gestion	Question à la DSI 1. Structure organisationnelle? <input type="checkbox"/> Structure de gestion par programme <input type="checkbox"/> Structure départementale traditionnelle par discipline <input type="checkbox"/> Structure mixte (départementale et de gestion par programme)	Question #5 du questionnaire des DSI		Laschinger et Wong(2004)
Habilitation	CWEQ-II ➤ Opportunité ➤ Information ➤ Soutien ➤ Ressource ➤ Pouvoir informel ➤ Pouvoir formel	1,2,3 4,5,6 7,8,9 10,11,12 13,14,15 16,17,18,19	Alpha de Cronbach (toutes dimensions confondues) .57 à .90	Laschinger, Finegan, Shamian et Wilk, (2001)

Conditions of Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ)

Laschinger, Finegan, Shamian et Wilk (2001), ont élaboré un outil à partir de trois instruments soit: 1) Conditions of Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ); 2) Organizational Relationship Scale (ORS); et 3) Job Activities Scale (JAS). Ce nouvel instrument détermine le niveau d'habilitation des infirmières au sein de l'organisation par la mesure des six dimensions (opportunité, information, soutien, ressource, pouvoir formel et pouvoir informel) proposées par Kanter (1993).

Basée sur la mesure de trois instruments (CWEQ, ORS et JAS) comportant un total de 42 questions, la version utilisée pour cette étude a été développée pour faciliter son utilisation à l'intérieur d'outils de mesure multidimensionnels. À cet effet, Laschinger et al. (2001) se sont basées sur les écrits de Kline (1998; voir Laschinger et al., 2001) pour construire leur outil. Cet auteur mentionne que l'utilisation de trois indicateurs par variable est suffisante pour cerner la compréhension d'un concept. Ainsi, l'instrument (CWEQ-II) consiste en 19 items mesurant les

six dimensions qui composent la structure de pouvoir d'une organisation. Une échelle de Likert à cinq points d'ancrage allant d'un accord total (5 points) à un désaccord total (1 point) est utilisée. Chacune des six dimensions comprend 3 items à l'exception de la dimension du pouvoir informel qui comprend quatre items: 1) opportunité; 2) information; 3) ressource; 4) soutien; 5) pouvoir formel; et 6) pouvoir informel. L'étendue des résultats pour chacune des dimensions peut varier de 3 à 15 et de 4 à 20 pour la dimension du pouvoir informel. Un score global de la perception des possibilités d'habilitation est obtenu par la somme des moyennes de chacune des dimensions. L'étendue possible est de 6 à 30, un résultat élevé présume une bonne perception des possibilités d'habilitation au sein de l'organisation.

Une étude réalisée par Laschinger et Almost Tuer-Hodes (2003) auprès de trois groupes a démontré des alphas de Cronbach variant de .82 à .88 pour la mesure globale de la version du CWEQ-II utilisée pour cette étude. Aussi, des alphas de Cronbach variant de .64 à .81 pour l'opportunité, de .85 à .90 pour l'information, de .78 à .86 pour le support, de .76 à .77 pour les ressources, de .67 à .75 pour le pouvoir formel et de .57 à .70 pour le pouvoir informel ont été obtenus. Dans l'étude de Laschinger et al. (2003), le questionnaire avait deux items supplémentaires afin d'obtenir un score global qui permet de vérifier la validité de construit de l'instrument. Le score global avait une corrélation positive ($r = .56$; $r = .58$) qui supporte la validité de construit de cette version (Laschinger et al., 2003). Ces données assurent la validité et la stabilité de l'instrument.

La traduction française des instruments de mesure (question à la DSI et CWEQ-II,) a été réalisée par des traducteurs professionnels. Ensuite, une équipe d'infirmières, dont deux

infirmières gestionnaires et une infirmière chercheure, ont révisé les outils afin de s'assurer de l'adaptation des termes au contexte québécois.

Des analyses psychométriques tel que des alphas de Cronbach pour chacune des dimensions et pour le score global d'habilitation ont permis d'établir la consistance interne de la version traduite en français de l'instrument CWEQ-II utilisé dans le cadre de cette étude. Les résultats confirment la fidélité de cette version. En effet, des alphas de Cronbach variant entre .77 et .84 ont été obtenus. De manière plus spécifique, le score global d'habilitation obtient un alpha de Cronbach de .82. Au niveau des dimensions, les alphas de Cronbach sont de .84 pour opportunité, ressource et pouvoir informel et .83 pour les dimensions information, soutien et pouvoir formel.

Plan d'analyses des données

La saisie a été effectuée par l'équipe de l'University of Western Ontario à l'aide du logiciel SPSS. Le fichier statistique concernant le volet québécois a été dénominalisé et rendu accessible à l'étudiante chercheure pour fin d'analyse.

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont servi à présenter les données sociodémographiques. Afin de répondre à la première question de recherche « Quelle est la perception des infirmières chefs d'unité de leur niveau d'habilitation? », des analyses descriptives telles que les distributions de fréquence, ainsi que les mesures de tendance centrale (moyenne) et de dispersion (écart-type, étendue) ont été utilisées.

Pour répondre à la deuxième question de recherche « La structure de gestion est-elle associée à la perception des infirmières chefs d'unité de leur niveau d'habilitation? », une analyse de variance ANOVA a permis de comparer les niveaux d'habilitation de chacun des groupes définis par la structure organisationnelle. Nous avons aussi, par une analyse de khi deux, vérifié que les trois groupes sont comparables au niveau des caractéristiques socioprofessionnelles. Les caractéristiques présentant des différences significatives entre les groupes ont été contrôlées par un test de t.

Considérations éthiques

Le projet de recherche pancanadienne a été soumis aux comités d'éthique de l'University of Western Ontario et aux comités d'éthique des hôpitaux concernés. Certains comités d'éthique ont donné leur approbation sur la base de la recommandation du comité d'éthique de l'Université Western, tandis que d'autres ont procédé selon leur propre processus. Chaque participant a reçu par envoi postal, à son adresse professionnelle, un formulaire de consentement³ qui l'informait du but et du déroulement de l'étude ainsi qu'un questionnaire. Chacun des questionnaires était doté d'un code (connu uniquement par l'équipe de recherche) dans le but de préserver l'identité des participants et la confidentialité des données fournies. Tous les questionnaires sont conservés sous clé au département de recherche de University of Western Ontario et seront détruits à la fin de la recherche en 2006. Le fichier des données qui a été utilisé pour la présente recherche sera conservé par l'étudiante chercheure pendant une période de 7 ans.

³ Appendice C

Chapitre IV
LES RÉSULTATS

Ce chapitre porte sur les résultats obtenus qui sont présentés selon deux sections. La première présente les caractéristiques des participants et les différentes structures organisationnelles à partir de données descriptives telles que la fréquence, les moyennes (\bar{X}) et l'écart-type (ET). La deuxième section présente les résultats aux deux questions de recherche. À cette fin, les données descriptives permettent de présenter le niveau d'habilitation des infirmières chefs d'unité. Les résultats de tests de khi deux, de test t, d'analyse de variance (ANOVA) appuyé par la présentation des diagrammes de Tuckey et des graphiques des moyennes permettent de démontrer le lien entre les structures organisationnelles et le niveau d'habilitation. Enfin, un test d'homogénéité des variances (test de LEVENE) valide statistiquement l'analyse ANOVA. Les données ont été saisies et les différents tests ont été réalisés à l'aide du logiciel « Statistical Package for the Social Sciences » (SPSS) pour Windows version 13.0 (SPSS, 2005).

Caractéristiques des participants

Cette section présente différentes caractéristiques des participants à l'étude soit : 1) l'âge 2) le genre 3) l'état civil 4) le degré de scolarité en sciences infirmières 5) les années d'expérience en soins infirmiers et 6) les années d'expérience comme infirmière chef d'unité. Les participants sont au nombre de 108. Certains participants ont omis de répondre à certaines questions tel que l'âge (88 répondants), la scolarité (94 répondants) et l'expérience comme infirmière chef (106 répondants). Les raisons précises qui expliquent ces omissions ne sont pas connues. Pour ce qui est de la caractéristique expérience comme infirmière chef d'unité, il semble y avoir eu de la confusion quant aux choix de réponse. En effet, au Québec les fonctions

d'encadrement se répartissent selon deux niveaux soit cadre intermédiaire (qui inclut les infirmières chefs) et cadre supérieur. Le questionnaire canadien offrait trois niveaux de réponses. Suite à l'analyse des réponses, une fusion de deux choix de réponse a été faite soit : années d'expérience en gestion « de niveau des soins » et gestion « de niveau intermédiaire ». La majorité des répondants (91) ont mentionné avoir de l'expérience en gestion de niveau intermédiaire et 15 répondants ont mentionné avoir de l'expérience en gestion de niveau des soins. Deux participants n'ont pas répondu à la question.

Les résultats présentés au tableau II montrent que les infirmières chefs sont âgées entre 30 et 60 ans avec une moyenne d'âge de 47 ans. En fait, 82% des répondants de cette étude sont âgés de plus de 40 ans, 88% sont des femmes et la majorité sont mariées ou vivent en union de fait. Au niveau de la scolarité, 81% détiennent un baccalauréat et 19% détiennent un diplôme de maîtrise.

En ce qui a trait à l'expérience, 73,1% des participants ont plus de 21 ans d'expérience en soins infirmiers. 38,7% des répondants ont entre 0 et 5 ans d'expérience comme infirmière chef d'unité et 42,5% ont entre 11 et 20 ans. Nous observons aussi que près de la moitié des infirmières chefs d'unité (48,1%) a 10 ans et moins d'expérience dans ce genre de fonction.

La représentativité de l'échantillon avec l'ensemble des infirmières chefs d'unité du Québec n'a pu être vérifiée. En effet, il n'existe aucune donnée concernant le genre, le statut civil, la scolarité, les années d'expérience en soins infirmiers et les années d'expérience comme infirmière chef d'unité pour l'ensemble des infirmières chefs d'unité du Québec.

Tableau II : Données descriptives selon les caractéristiques âge, sexe, état civil, scolarité et expérience des infirmières chefs d'unité

Variables	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulatif	Moyenne	Ecart-type
Âge (N=88)				47.0	6.34
30-34	2	2.2	2.2		
35-39	14	15.9	18.1		
40-44	19	21.6	39.7		
45-49	20	22.8	62.5		
50-54	26	29.5	92.0		
55-60	7	8.0	100		
Aucune réponse	20				
Genre (N=108)					
Homme	13	12	12		
Femme	95	88	100		
État civil (N=108)					
Célibataire	16	14.8	14.8		
Marié/conjoint de fait	74	68.5	83.3		
Séparé/divorcé	16	14.8	98.1		
Veuf	2	1.9	100		
Scolarité (N=94)					
Collégiale	0	0	0		
Baccalauréat	77	81.0	81		
Maîtrise	17	19.0	100		
Doctorat	0	0			
Aucune réponse	14				
Expérience en soins infirmiers (N=108)				24.84	7.03
0-5	0	0	0		
6-10	3	2.8	2.8		
11-15	10	9.2	12.0		
16-20	16	14.9	26.9		
21-25	27	25.0	51.9		
26-30	28	25.9	77.8		
31-35	21	19.4	97.2		
> 35	3	2.8	100		
Expérience comme inf. Chef (N=106)				10.61	7.99
0-5	41	38.7	38.7		
6-10	10	9.4	48.1		
11-15	25	23.6	71.7		
16-20	20	18.9	90.6		
21-25	5	4.7	95.3		
26-30	3	2.8	98.1		
31-35	2	1.9	100		
Aucune réponse	2				

Les types de structure organisationnelle

Tel que mentionné dans les chapitres précédents, les participants de la présente étude proviennent de onze centres hospitaliers du Québec. Six sont des centres tertiaires (soins de troisième ligne et affilié à une université) et cinq sont des centres secondaires (soins de deuxième ligne). En ce qui a trait à la structure organisationnelle, les centres sont répartis en trois catégories : 1) les centres qui ont une structure de gestion traditionnelle soit quatre centres (36%); 2) les centres avec une structure de gestion par programme soit trois centres (28%); et 3) les centres qui ont une structure de gestion mixte (traditionnelle et programme) soit quatre centres (36%). Les participants de l'étude oeuvrent dans ces différents types de structure; 49 proviennent d'une structure de gestion traditionnelle (45,4%); 35 d'une structure de gestion par programme (32,4%) et 24 d'une structure de gestion mixte (22,2%). Le tableau III présente la répartition des centres et des répondants selon les trois structures de gestion de l'étude.

Tableau III : Répartition des centres et des participants selon la structure de gestion de l'organisation

Variables	Structure Traditionnelle	Structure par Programme	Structure Mixte	Total
Nombre de Centre	4	3	4	11
%	36	28	36	100
Nombre de participants	49	35	24	108
%	45.4	32.4	22.2	100

Le tableau IV présente les caractéristiques des infirmières chefs selon le type de structure de gestion du centre hospitalier où elles oeuvrent. En confrontant chacune des caractéristiques entre les groupes par une analyse de Khi deux, nous observons que les trois groupes sont comparables, c'est-à-dire que les différences observées ne sont pas significatives à l'exception de la caractéristique scolarité. En effet, nous remarquons que les infirmières chefs détentrices d'une

maîtrise sont surreprésentées dans la structure de gestion mixte alors que les infirmières chefs ayant un baccalauréat sont surreprésentées dans la structure de gestion traditionnelle. Notons que ce test est à la limite de la légitimité théorique car nous sommes devant trois cellules creuses, c'est-à-dire inférieures à 5. Toutefois, le seuil de signification étant très fort (0.003) nous savons que le risque que le seuil de signification soit non significatif est presque nul.

Tableau IV : Caractéristiques des infirmières chefs d'unité selon la structure de gestion de l'organisation

Variables		Structure Traditionnelle (N=49)	Structure par Programme (N=35)	Structure Mixte (N=24)	Test de Khi deux p*
Âge	Moyenne	45.44	47.17	46.35	
	Écart-type	6.4708	6.8836	6.6882	
Genre	Hommes	6	4	3	NS
	%	12.2	11.4	12.5	
	Femmes	43	31	21	
	%	87.8	88.6	87.5	
État civil	Célibataires	9	6	1	NS
	%	18.4	17.1	4.2	
	Marié/conjoint de fait	36	21	17	
	%	73.4	60.0	70.8	
	Séparé/divorcé	3	7	6	
	%	6.1	20.0	25.0	
	Veuf	1	1	0	
	%	2.1	2.9	0	
Scolarité	Baccalauréat	40	26	11	NS
	%	81.6	74.3	45.8	
	Maîtrise	6	2	9	
	%	12.3	5.7	37.6	
	Indéterminés	3	6	4	
	%	6.1	17.1	16.6	
Expérience en soins infirmiers	Moyenne	24.11	24.57	24.35	0.003
	Écart-type	6.7387	7.5186	7.1000	
Expérience comme inf. Chef	Moyenne	10.09	11.96	10.97	NS
	Écart-type	6.9198	8.9063	8.0125	
					NS

* Seuil de signification $p < 0.05$

NS : résultat non significatif.

Comme les trois groupes ne sont pas comparables au niveau de la variable scolarité, un test de t permet de vérifier s'il existe une relation entre le niveau de scolarité et la variable principale de cette étude soit le score global d'habilitation. Les résultats démontrent que la scolarité n'est pas associée de manière significative au score global d'habilitation ($t = -1.607$, degré de liberté 92, $p = .112$ et différence des moyennes $- 1.4333$). De ce fait, nous assumons que cette différence de scolarité n'intervient pas sur les résultats de l'analyse de variance présentés plus loin dans ce texte. Le tableau V présente les scores moyens pour chacune des dimensions et le score global d'habilitation selon le niveau de scolarité ainsi que les résultats des tests t. Nous observons que des différences existent pour trois sous échelles de la mesure de l'habilitation. Les détenteurs d'une maîtrise ont noté des scores plus élevés statistiquement significatifs pour les dimensions « opportunité », « pouvoir formel » et « pouvoir informel ».

Tableau V : Moyenne, écart-type et test t des six dimensions et du score global d'habilitation selon le niveau de scolarité des participants

Sous échelle	Niveau de scolarité le plus élevé	N	Moyenne	Écart-Type	Test t pour l'égalité des variances		
					t	Degré de liberté	p*
Opportunité	Baccalauréat	77	4.12	.700	-2.485	92	.015
	Maîtrise	17	4.57	.562			
Information	Baccalauréat	77	3.87	.795	.476	92	.635
	Maîtrise	17	3.76	.963			
Soutien	Baccalauréat	77	3.41	.823	-3.80	92	.705
	Maîtrise	17	3.49	.792			
Ressource	Baccalauréat	77	2.68	.799	-7.745	92	.458
	Maîtrise	17	2.84	.958			
Pouvoir formel	Baccalauréat	77	3.20	.932	-1.944	92	.055
	Maîtrise	17	3.69	.901			
Pouvoir informel	Baccalauréat	77	3.60	.589	-2.103	92	.038
	Maîtrise	17	3.96	.797			
Score global d'habilitation	Baccalauréat	77	20.88	3.201	-1.607	92	.112
	Maîtrise	17	22.31	3.882			

* Seuil de signification $p < 0.05$

Les résultats aux questions de l'étude

Première question: Quelle est la perception des infirmières chefs d'unité de leur niveau d'habilitation?

Afin de répondre à la première question, nous avons dans un premier temps étudié chacune des 6 dimensions de l'habilitation soit 1) opportunité, 2) information, 3) soutien, 4) ressource, 5) pouvoir formel et 6) pouvoir informel par l'analyse des moyennes présentées au tableau VI. La dimension «opportunité» obtient le plus haut score ($\bar{X} = 4.23$) au profit de la dimension «ressource» qui obtient le score le plus bas ($\bar{X} = 2.69$). L'examen des résultats d'écarts-types indique que les résultats de la dimension «pouvoir formel» a la plus grande dispersion autour de la moyenne et que la dimension «pouvoir informel» obtient des résultats dont l'étendue est la plus petite.

Tableau VI : Moyenne et écart-type pour les 6 dimensions et le score global d'habilitation

Composantes	N	Moyenne \bar{X}	Écart- Type
Opportunité	108	4.23	.678
Information	108	3.94	.826
Soutien	108	3.44	.780
Ressource	108	2.69	.799
Pouvoir formel	108	3.29	.903
Pouvoir informel	108	3.66	.655
Score global d'habilitation	108	21.26	3.201

Dimensions: échelle de 1 à 5 Score global: échelle de 6 à 30

Les tableaux VII à XII, présentés à l'appendice D, rapportent la fréquence, le pourcentage, la moyenne et l'écart-type pour chacune des questions de chacune des dimensions de l'habilitation.

Pour la dimension «opportunité» soit les questions 1, 2 et 3, les résultats révèlent que plus de 85% des répondants ont sélectionné le score 4 ou 5 (beaucoup) pour décrire les opportunités en cours d'emploi. Les infirmières chefs d'unité ont l'occasion d'acquérir de nouvelles habiletés et de nouvelles connaissances ($\bar{X} = 4.33$) elles ont aussi l'occasion de relever des défis ($\bar{X} = 4.27$) et elles considèrent que leur fonction permet d'utiliser au maximum leurs habiletés et leurs connaissances ($\bar{X} = 4.08$).

Pour chacune des trois questions de la dimension «information» soit les questions 4, 5 et 6, les résultats révèlent que plus de 70% des répondants ont sélectionné le score 4 ou 5 (beaucoup) pour la disponibilité de l'information dans le milieu. Les infirmières chefs d'unité mentionnent avoir de l'information sur la situation actuelle de l'hôpital ($\bar{X} = 4.01$), des informations sur les objectifs de la haute direction ($\bar{X} = 3.94$) et des informations sur les valeurs de la haute direction ($\bar{X} = 3.89$).

Pour la dimension «soutien» soit les questions 7, 8 et 9, les résultats révèlent que seulement 46% des répondants ont sélectionné le score 4 ou 5 (beaucoup) pour décrire la présence de soutien dans leur environnement de travail. Les infirmières chefs d'unité indiquent qu'elles reçoivent des conseils stimulants ou des avis face à la résolution de problème ($\bar{X} = 3.59$), de

l'information précise sur ce qu'elles font correctement ($\bar{X} = 3.56$) et des commentaires précis sur ce qu'elles peuvent améliorer ($\bar{X} = 3.27$).

Pour chacune des trois questions de la dimension «ressource» soit les questions 10, 11 et 12, moins de 25% des répondants ont sélectionné le score 4 ou 5 (beaucoup) pour décrire les ressources présentes dans l'exercice de leur fonction. Les infirmières chefs affirment avoir peu de temps pour s'acquitter des tâches administratives ($\bar{X} = 2.65$), avoir peu de temps pour satisfaire les exigences de leur emploi ($\bar{X} = 2.83$), et avoir peu de soutien extérieur ($\bar{X} = 2.59$).

Les résultats de la dimension «pouvoir formel» démontrent qu'aux questions 14 (souplesse dans l'emploi ; $\bar{X} = 3.67$) et 15 (visibilité pour les activités reliées à l'emploi ; $\bar{X} = 3.41$), seulement 49% des répondants ont sélectionné le score 4 ou 5 (beaucoup) pour décrire le pouvoir formel. De plus, seulement 30,6% ont attribué un score de 4 ou 5 pour la question 13 (récompenses reliées à l'innovation : $\bar{X} = 2.81$).

Pour chacune des 4 questions de la dimension «pouvoir informel» soit les questions 16, 17, 18 et 19, les résultats démontrent pour les questions 16 (collaboration avec les médecins; $\bar{X} = 3.87$) 17 (sollicitation par des pairs pour résoudre des problèmes; $\bar{X} = 3.75$), et 19 (collaboration avec d'autres professionnelles de la santé; $\bar{X} = 3.81$) que plus de 65% des répondants ont sélectionné le score 4 ou 5 (beaucoup) pour décrire le niveau de pouvoir informel qu'ils détiennent au sein de l'organisation. La question ayant la moyenne la plus faible est la question 18 (sollicitation par l'administration pour aider à résoudre des problèmes; $\bar{X} = 3.21$) où seulement 43,5% des répondants ont accordé un score de 4 ou 5 (beaucoup).

L'ensemble de ces données nous permet de connaître la perception des infirmières chefs d'unité. En résumé, les dimensions «opportunité» et «information» obtiennent des scores de 4 ou 5 (beaucoup) dans une large proportion soit plus de 70% des répondants. Les dimensions soutien, pouvoir formel et pouvoir informel montrent des scores de 4 ou 5 (beaucoup) dans une proportion moyenne de 46,6% des répondants. Enfin, la dimension, dont la proportion des répondants (25%) ayant attribué un score de 4 ou 5 (beaucoup) est la plus basse, est la dimension «ressource». Le score global d'habilitation obtenu soit 21.26 sur un score maximal de 30 indique que les répondants ont une perception de moyenne à élevée de leur niveau d'habilitation dans le cadre de leur fonction d'infirmière chef d'unité.

Deuxième question: La structure de gestion est-elle associée à la perception des infirmières chefs d'unité face à leur niveau d'habilitation?

La ventilation du score global d'habilitation et du score des six dimensions de l'habilitation présentée au tableau XIII démontre que la structure de gestion par programme obtient des scores moyens plus élevés pour l'ensemble des rubriques à l'exception de la dimension «information» qui obtient un score moyen plus élevé au sein de la structure de gestion traditionnelle et le pouvoir informel où la structure de gestion mixte obtient le score le plus haut presque à égalité avec la structure de gestion par programme.

Tableau XIII : Moyenne et écart-type des six dimensions et du score global d'habilitation selon les structures organisationnelles

Variables		Structure Traditionnelle (N=49)	Structure par Programme (N=35)	Structure Mixte (N=24)
Opportunité	Moy.	4.12	4.41	4.18
	Éc.-t.	.630	.616	.822
Soutien	Moy.	3.44	3.45	3.42
	Éc.-t.	.734	.798	1.035
L'information	Moy.	4.02	3.94	3.79
	Éc.-t.	.786	.723	.875
Ressource	Moy.	2.59	2.95	2.53
	Éc.-t.	.752	.811	.816
Pouvoir formel	Moy.	3.16	3.52	3.22
	Éc.-t.	.948	.876	.815
Pouvoir informel	Moy.	3.57	3.74	3.75
	Éc.-t.	.551	.752	.699
Score global habilitation	Moy.	20.91	22.01	20.89
	Éc.-t.	2.950	3.013	3.851

D'autre part, bien que l'échelle soit restreinte, la figure 2 démontre que la structure de gestion par programme a une moyenne plus élevée tandis que les deux autres structures sont assez voisines. Ce phénomène a aussi été observé pour les dimensions « opportunité », « ressource » et « pouvoir formel ».

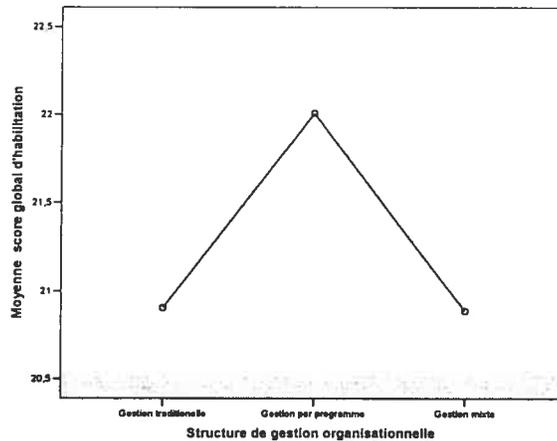


Figure 2 : Moyenne du score global d'habilitation selon les trois structures de gestion organisationnelle.

Ceci nous amène à la préoccupation principale de l'étude, soit d'évaluer le lien de la structure organisationnelle sur le niveau d'habilitation. En d'autres termes, nous voulons savoir si en effet un type de structure favorise plus l'habilitation des infirmières chefs d'unités qu'un autre. Pour répondre à cette préoccupation, un test d'analyse de la variance a été utilisé. Ce test a pour objectif de vérifier, entre autres, la différence significative des moyennes entre les groupes. Les résultats présentés au tableau XIV démontrent pour le score global d'habilitation qu'il n'y a aucune différence entre les trois groupes ainsi que pour chacune des six dimensions.

Tableau XIV: Analyse de variance (ANOVA)

Variables	F	Degré de liberté	ANOVA P
Opportunité	1.753	2	NS
Soutien	.015	2	NS
L'information	.843	2	NS
Ressource	3.426	2	NS
Pouvoir formel	2.810	2	NS
Pouvoir informel	.825	2	NS
Score global habilitation	1.425	2	NS

NS= Non significatif

Le diagramme de Tukey présenté à la figure 3 démontre bien l'absence de variance entre les structures de gestion organisationnelle pour le score global d'habilitation. La ligne médiane dans les boîtes montre les scores médians. Les extrémités des boîtes montrent respectivement les premiers et derniers quartiles des scores. Les « moustaches » sont à un écart-type et demi, respectivement au-dessus et au-dessous de la médiane. Les données à plus d'un écart-type et demi de la médiane, donc au-delà et en deçà des « moustaches » sont représentées par des petits cercles numérotés par le numéro de l'observation. Les figures 4, 5, 6, 7, 8 et 9, présentées à l'appendice E, illustrent à l'aide de diagramme de Tukey la variance des moyennes pour chacune des structures de gestion et présentent l'absence de différence entre les trois structures de gestion.

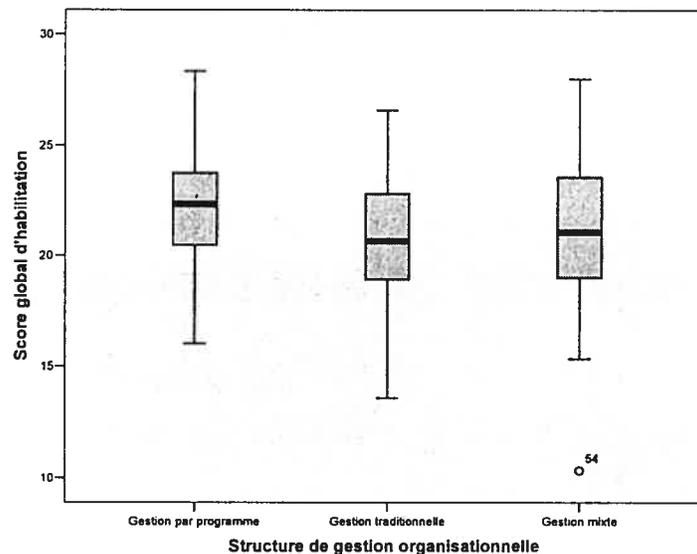


Figure 3 : Diagramme de Tukey (Box plots) pour le score global d'habilitation selon les trois structures de gestion.

Afin de valider statistiquement l'analyse ANOVA, nous nous sommes assurés que les distributions des scores entre les cellules sont gaussiennes (distribuées normalement) et nous avons validé l'hypothèse sur les variances. Le tableau XV présente les résultats au test de

Levene dont l'hypothèse HO est : les variances sont égales dans chacune des cellules (structure de gestion). Ce test indique que, sauf pour la dimension « information », nous ne pouvons rejeter l'hypothèse d'égalité des variances. Ainsi, la validité statistique de l'analyse ANOVA est démontrée.

Tableau XV : Test d'homogénéité (statistique de LEVENE) des variances des dimensions et du score global d'habilitation

	Statistique de LEVENE	ddl1	ddl2	p*
Opportunité	.892	2	105	.413
Information	4.928	2	105	.009
Soutien	.456	2	105	.635
Ressource	.136	2	105	.873
Pouvoir formel	.630	2	105	.535
Pouvoir informel	1.304	2	105	.276
Score global d'habilitation	.503	2	105	.606

* Seuil de signification $p < 0.05$

• ddl : degré de liberté

Ainsi, nous pouvons affirmer avec peu de risque de nous tromper que la structure n'est pas liée au score d'habilitation global des infirmières chefs d'unité ainsi que sur chacune des dimensions.

Chapitre V
DISCUSSION

Ce chapitre contient la discussion des principaux résultats de l'étude et se termine par des recommandations pour la formation, la gouverne des soins infirmiers et la recherche en administration des services infirmiers.

Les résultats de la recherche

Le taux de participation est de 53%, même si ce taux apparaît faible, il correspond aux standards pour ce type de recherche par questionnaire auto-administré et géré à distance (Burns et Grove, 2003). Tel que mentionné au chapitre précédent, il n'existe pas de données sur les caractéristiques socioprofessionnelles de l'ensemble des infirmières chefs du Québec. Cette absence de données ne permet pas de conclure que nos résultats peuvent être extrapolés généralisés à l'ensemble des infirmières chefs du Québec. Ils peuvent toutefois être transférés l'ensemble des infirmières chefs des onze établissements à l'étude. En effet, Burns et Grove (2003) mentionnent que pour être représentatif de la population à l'étude, le taux de réponse doit être supérieur à 50%.

L'analyse des données sociodémographiques montre que les trois groupes d'infirmières chefs, soit les infirmières chefs provenant des établissements avec une structure de gestion par programme, une structure de gestion traditionnelle et une structure de gestion mixte, sont comparables. On ne retrouve pas de différence significative entre ces trois groupes quant aux caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, état civil, expérience) ce qui signifie que ces variables n'influencent pas la variable d'intérêt soit la perception du niveau d'habilitation. Une seule variable, la scolarité, montre une différence significative entre les groupes. Un test de t a

toutefois démontré qu'il n'existe pas de relation entre le niveau de scolarité et le score global d'habilitation ($t = 1.4333$, $p = .112$). Cependant, il y a une différence significative pour trois sous dimensions soit « opportunité », « Pouvoir formel » et « pouvoir informel »

Nous croyons qu'il y a lieu de s'arrêter sur cette caractéristique qui, plus spécifiquement, porte sur le degré de scolarité le plus élevé obtenu en soins infirmiers. En effet, seulement 19% des infirmières chefs d'unité détiennent une maîtrise en sciences infirmières tandis que 81% détiennent un baccalauréat. Selon Menix (2001), sans une préparation académique adaptée, les infirmières gestionnaires ne peuvent posséder les connaissances nécessaires pour gérer efficacement les changements rapides des réseaux de la santé. Selon Mathena (2002), durant les changements organisationnels, les infirmières gestionnaires se retrouvent dans une vague d'évènements extérieurs à leur propre contrôle et doivent assumer un élargissement de leur rôle et de leurs responsabilités. Cette auteure soutient que l'éducation et le développement professionnel permettent aux gestionnaires de s'adapter plus facilement aux changements qui surviennent dans leur rôle. Dans le même sens, Menix (2001) mentionne que les différents groupes de gestionnaires de soins infirmiers doivent continuellement mettre à jour leur bagage théorique pour maintenir et développer de nouvelles connaissances afin de rencontrer les différents défis et d'y répondre efficacement.

Bien que les résultats de cette étude démontrent que le niveau de scolarité n'influence pas de manière significative le score global d'habilitation, il y a lieu de porter attention aux trois dimensions de l'habilitation qui ont obtenu des moyennes différentes significativement soit : «opportunité», «pouvoir formel» et «pouvoir informel». En effet, tel que présenté au chapitre des

résultats, les participants détenteurs d'une maîtrise ont démontré pour ces trois dimensions des scores moyens significativement plus élevés que les détenteurs d'un baccalauréat.

Selon Kanter (1993), la dimension «opportunité» réfère aux possibilités d'avancement et de mouvement au sein de l'organisation. Elle se perçoit par les défis proposés et les possibilités d'augmenter les connaissances et les habiletés. Le pouvoir formel réfère à la définition de l'emploi, à son caractère flexible ou l'on retrouve une certaine latitude face à la prise de décision, à sa visibilité et à sa pertinence au sein de l'organisation. L'aspect informel du pouvoir invoque les relations possibles avec les pairs, les supérieurs, les groupes professionnels ainsi que les contacts présents à l'extérieur des frontières de l'organisation. Devant ces résultats, il serait intéressant de valider ultérieurement si effectivement les détenteurs de maîtrise ont plus d'opportunités, et un pouvoir formel et informel plus élevé que les détenteurs d'un baccalauréat.

Selon Mathena (2002), un environnement de travail qui soutient et encourage le développement professionnel est essentiel. Elle mentionne que le soutien d'un mentor est un gage de réussite pour le développement des habiletés spécifiques à leur rôle et que le temps est souvent le principal obstacle au développement professionnel. Actuellement au Québec, il n'existe pas, à notre connaissance, de cadre de référence au sein du ministère de la Santé et des services sociaux afin d'assurer le développement professionnel du personnel d'encadrement. Un niveau de scolarité de maîtrise figure rarement comme exigence pour les postes d'infirmières chefs. Il est difficile d'obtenir des disponibilités à l'intérieur du temps de travail pour des études de niveau supérieur. De plus, détenir un grade de deuxième cycle universitaire ne semble conférer aucun avantage salarial au personnel d'encadrement. Ceci reflète qu'il existe

actuellement peu d'incitatif à poursuivre des études de maîtrise au sein du réseau de la santé. L'étude des liens entre la scolarité et l'habilitation mérite d'être approfondie afin de démontrer aux décideurs l'importance de l'éducation dans la recherche de l'efficience des organisations.

La perception des infirmières chefs de leur niveau d'habilitation

L'habilitation des infirmières gestionnaires a été étudiée à quelques reprises. (Beaulieu et al. 1997; Goddard et Laschinger, 1997; Laschinger et Havens, 1997; Laschinger et Shamian, 1994). Par contre, aucune de ces études n'a mesuré le niveau d'habilitation des infirmières chefs d'unité du Québec. En s'inspirant du modèle de Kanter, la première question de la présente étude avait pour objectif de décrire la perception des infirmières chefs d'unité, de onze centres hospitaliers du Québec, face à leur niveau d'habilitation.

Les résultats de cette étude montrent un score global moyen de la perception de l'habilitation de 21.26 sur un score possible de 30. Ce score qui s'obtient par la somme des moyennes obtenues pour les dimensions «opportunité», «information», «ressource», «soutien», «pouvoir formel» et «pouvoir informel», suggère que les infirmières chefs d'unité ont un niveau d'habilitation modéré. Il est comparable au score global moyen de l'étude pancanadienne de Laschinger et Wong (2005) dont les résultats préliminaires présentent un score de 20.5.

Les soins infirmiers sont au centre des services de santé et ils interviennent dans une large mesure sur l'atteinte des objectifs des organisations. Selon Laschinger et al, (1997), les infirmières gestionnaires ont un rôle important à jouer sur l'environnement de travail et elles

peuvent favoriser l'autonomie des infirmières soignantes, ce qui influencent largement les résultats des organisations (Curtin, 2000). Selon Goddard et Laschinger (1997), les infirmières gestionnaires qui ont un niveau d'habilitation peu élevé seront incapables d'habiliter à leur tour le personnel sous leur gouverne. Cette étude se veut rassurante tant qu'au niveau d'habilitation des infirmières chefs d'unité des centres hospitaliers participants. En effet, bien que le réseau soit en mouvement continu depuis plusieurs années, le niveau d'habilitation est encore à un niveau jugé bon. Par contre, les vagues de changements qui se poursuivent peuvent éventuellement influencer le niveau d'habilitation.

Les dimensions «opportunité» et «information» ont obtenu des scores de 4 ou 5 (beaucoup) dans des proportions respectives de 85% et 70%. Ceci démontre que les infirmières chefs d'unité ont plusieurs occasions de relever des défis et acquérir de nouvelles habiletés et de nouvelles connaissances. Elles ont facilement accès aux informations sur la situation actuelle de l'hôpital, sur la vision de la haute direction et sur les objectifs. Il serait important d'assurer que les informations et les opportunités présentes dans les organisations demeurent et que les dirigeants fassent preuve de vigilance à cet égard.

Les dimensions «soutien», «pouvoir formel» et «pouvoir informel» ont obtenu des scores de 4 ou 5 (beaucoup) dans des proportions légèrement inférieures à 50%. Seulement une infirmière sur deux considère recevoir de l'information ou des commentaires sur ce qu'elle fait correctement ou sur ce qu'elle doit améliorer. 30% disent recevoir des récompenses liées à l'innovation. Elles considèrent dans une proportion inférieure à 50% que les activités reliées à leur emploi sont visibles. Ces résultats font ressortir la fragilité des environnements de travail.

Traditionnellement, les gestionnaires gèrent par le pouvoir. L'approche que suggère Kanter (1993) incite les gestionnaires à diminuer le contrôle et à augmenter la coordination et l'intégration. Nous considérons que cette voie est une piste de solution afin d'assurer la mise en place d'environnement favorisant l'habilitation.

Seulement une infirmière chef sur quatre dit disposer de suffisamment de ressources. Rappelons que la dimension «ressource» porte sur le temps et l'aide dont disposent les gestionnaires pour accomplir leurs activités. Les infirmières n'ont pas suffisamment de temps pour s'acquitter des tâches administratives et pour satisfaire aux exigences de leurs tâches. De plus, elles obtiennent rarement de l'aide. Ce constat est important compte tenu de l'ampleur des tâches des gestionnaires en terme de soutien à la pratique professionnelle des infirmières, à l'assurance de la qualité des soins aux patients et aux nombreuses responsabilités administratives reliées à l'utilisation efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

Le lien entre la structure organisationnelle et le niveau d'habilitation

Toujours en s'inspirant du modèle de Kanter, la deuxième question de l'étude avait pour objectif de décrire la relation entre la structure organisationnelle et l'habilitation des infirmières chefs d'unité. Les recherches cherchant à identifier les structures favorables à l'habilitation sont rares et concernent particulièrement les «magnet hospital». On qualifie les hôpitaux de «magnets hospitals» du fait de leur capacité à attirer et à retenir la main-d'œuvre infirmière en raison de la qualité de la pratique professionnelle qui augmente la satisfaction des infirmières

(Havens, 2001). Nous n'avons trouvé aucune étude qui a vérifié les différences entre différentes structures de gestion et le niveau d'habilitation des infirmières chefs d'unité.

Certains centres hospitaliers ont modifié leur structure de gestion organisationnelle pour une gestion par programme clientèle ou une gestion mixte. Ce passage demande des transformations à la gouverne des soins infirmiers. L'étude qualitative de Clifford (1998) a identifié des effets négatifs suite à la restructuration des hôpitaux sur l'habilitation des gestionnaires. Cependant, les résultats de la présente étude démontrent que ces changements ne semblent pas avoir influencé la perception du niveau d'habilitation des infirmières chefs d'unité. En effet, tel que mentionné au chapitre précédent, les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différence entre les trois groupes de l'étude et le niveau d'habilitation..

Bonalumi et Fisher (1999) mentionnent que le changement nécessite un leadership fort au sein des infirmières de direction et plus particulièrement durant les périodes de restructuration. Le stress qui accompagne le changement engendre, selon ces auteures, des opportunités d'apprentissage et de croissance personnelle. Les données de la présente étude vont dans ce sens. En effet, bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, les infirmières chefs de la structure de gestion par programme ont obtenu un score moyen plus élevé pour la dimension «opportunité».

Dans les conclusions de son étude, Clifford (1998) mentionne que l'implantation de la gestion par programme peut modifier et compliquer les communications car il n'existe plus pour les soins infirmiers de point central où est concentrée l'information. La présente étude affiche

cette tendance. En effet, la structure de gestion traditionnelle a obtenu pour la dimension « information » le score moyen le plus élevé. Les infirmières chefs d'unité de ce type de structure reçoivent plus d'information sur les objectifs et les valeurs de la haute direction ainsi que sur la situation actuelle de leur hôpital.

Clifford (1998) mentionne que, suite à l'implantation de la gestion par programme clientèle, une des préoccupations des infirmières est la visibilité des soins infirmiers. De leur côté, Fitzpatrick, McElroy et DeWoody (2001) mentionnent que les soins infirmiers dans les organisations deviennent de plus en plus diffus sans regroupement et sans espace précis dans la structure de l'organisation. Les résultats de la présente étude ne confirment pas ces constats. Au contraire, les infirmières chefs dans les centres ayant une structure de gestion par programme ont obtenu le score moyen le plus élevé pour cette question. En effet, à la question sur la visibilité dans l'hôpital pour les activités reliées à l'emploi, les participants de la présente étude ont mentionné que cet élément était présent à un niveau de moyen à élevé.

Selon Clifford (1998), dans une structure de gestion par programme clientèle, le niveau de participation des infirmières gestionnaires est moindre que dans une structure de gestion dite traditionnelle. Cette étude démontre que les infirmières chefs sont sollicitées dans une large mesure par l'administration pour aider à résoudre des problèmes et ce sont les infirmières chefs de la structure de gestion mixte qui obtiennent le score le plus élevé, notons toutefois qu'il y a peu d'écart avec les infirmières chefs de la structure de gestion par programme. Il est possible que la loi sur la santé et les services sociaux du Québec, qui reconnaît depuis plus de 30 ans la fonction des directeurs de soins infirmiers (articles 207 et 208) comme une composante légale,

soit un facteur de l'environnement qui favorise l'habilitation des gestionnaires de soins infirmiers. D'ailleurs en 2004, lors de l'adoption de la loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a pris position et demandé au gouvernement du Québec de modifier la loi sur les services de santé et les services sociaux pour que la nomination d'une directrice de soins infirmiers soit obligatoire non seulement dans les hôpitaux mais dans tous les établissements de santé (OIIQ, 2004).

En résumé, bien que les différences observées ne soient pas significatives, il serait pertinent de vérifier si les résultats de la présente étude se maintiennent ou si les changements, qui se poursuivent actuellement dans le réseau, auront des effets sur le niveau d'habilitation des infirmières chefs d'unité. Des études futures en ce sens seraient sûrement profitables aux décideurs du réseau afin d'assurer au personnel des environnements de travail habilitant et de fournir à la clientèle des services de qualité, deux composantes essentielles pour des organisations efficaces en santé.

Recommandations

Les résultats obtenus invitent à la formulation de recommandations à l'endroit des différents intervenants dans un souci d'amélioration des environnements de travail et du développement de la recherche en administration des services infirmiers. La pénurie de personnel et l'évolution rapide des différentes pratiques demandent que les gestionnaires des organisations s'attardent aux facteurs qui favorisent des environnements de travail efficaces.

La formation

Les données, dans la présente étude, démontrent que peu d'infirmières chefs détiennent un niveau de scolarité de deuxième cycle. La relation entre l'habilitation et la scolarité n'est pas clairement démontrée mais semble associée. Il importe d'encourager le développement professionnel des infirmières gestionnaires.

La gouverne des soins infirmiers

Plus que jamais, les directions des établissements doivent recentrer un certain nombre de leurs mandats sur les besoins des gestionnaires et des prestataires de soins. Le soutien et des ressources suffisantes doivent constituer une priorité parmi les objectifs énoncés par les dirigeants des organisations de santé. Nous les appelons à innover face aux besoins de plus de ressources de la part des infirmières chefs d'unité. Il est nécessaire de s'assurer que les infirmières chefs d'unité disposent des ressources nécessaires pour s'acquitter adéquatement de leur fonction.

Selon Laschinger, Almost et Tuer-Hodes (2003) la théorie développée par Kanter (1993) est précurseur dans le développement d'environnements de travail qui favorisent l'efficacité. Elle est utile et pertinente pour les décideurs face aux orientations à entreprendre (Laschinger, 1996; Laschinger, Finegan et Shamian, 2001). Les résultats des différentes études réalisées, entre autre par l'University of Western Ontario, évoquent que les efforts pour créer des

environnements de travail qui favorisent l'habilitation influence la pratique infirmière et assure la qualité des soins et l'efficacité des organisations.

La recherche en administration des services infirmiers

Cette étude a permis de décrire la perception des infirmières chefs d'unité face à leur niveau d'habilitation. Elle a démontré que les trois structures de gestion n'avaient pas d'influence sur le niveau de perception de l'habilitation. Bien que cette étude quantitative livre un certain nombre de données objectives, elle n'a pas permis d'aborder d'autres aspects tel que le discours subjectif des intéressés en situation de travail. Il nous apparaît nécessaire de poursuivre la recherche à partir d'une approche qualitative sur les effets délétères des environnements de travail sur la perception de l'habilitation. Cette perspective permettrait de réintroduire certaines questions comme le besoin de ressources et de soutien.

En 2004, le gouvernement du Québec a adopté une loi prévoyant la mise en place de réseaux de services intégrés. Cette loi vise la fusion de plusieurs établissements, à vocations différentes. Une étude devrait être entreprise sur les éléments de structure à mettre en place dans ce cadre pour assurer une saine gestion des soins infirmiers.

Limites de l'étude

Le choix de la collecte de données, soit l'enquête par questionnaires, représente une des limites de cette recherche. En effet, même si un certain nombre de stratégies ont été développés

pour garantir une passation adéquate avec, entre autres la nomination d'une personne ressource au sein de chacun des établissements, certains éléments restent incontrôlables tel que des questionnaires insuffisamment complétés, remplis collectivement ou par des personnes étrangères à l'étude. Des 128 questionnaires retournés par les participants, 20 (15%) se sont avérés inexploitable.

Au plan des outils de mesure, la variable «structure organisationnelle» était déterminée par une seule question adressée aux directrices de soins qui devaient classer leur centre dans une des trois catégories (traditionnelle, programme et mixte). Conséquemment certains éléments susceptibles d'influencer la variable d'intérêt tel que l'échéancier des restructurations, le niveau d'implantation réalisé au moment de la collecte des données, le nombre de lit n'ont pas été contrôlés. Aussi, en ce qui a trait à la mesure de la variable «habilitation», l'outil CWEQ-II a été traduit de l'anglais vers le français et la consistance interne a été démontré. Cependant, la validité de construit de la version française de cet outil n'a pas été établie.

Conclusion

Les résultats de cette étude auprès de 108 infirmières chefs d'unité de onze hôpitaux québécois ont permis de décrire la perception d'infirmières chefs d'unité face à leur niveau d'habilitation. Ces données ne peuvent être généralisées à l'ensemble des infirmières chefs d'unité du Québec mais elles se comparent aux résultats préliminaires des infirmières chefs de l'étude pancanadienne menée par Laschinger et Wong (2005).

Basée sur l'approche que propose le modèle théorique de Kanter (1993), cette étude démontre que les infirmières chefs d'unité ont un niveau d'habilitation modéré. Elles ont beaucoup d'opportunités et reçoivent suffisamment d'informations, elles ont moyennement de soutien, de pouvoir formel et informel et enfin elles ont peu de ressources.

L'analyse de variance a précisé que les différents types de structure organisationnelle adoptés par les hôpitaux québécois, (traditionnelle, programme clientèle et mixte) ne sont pas liés à cette perception. Nous croyons que la loi sur la santé et les services sociaux du Québec fut un élément important dans l'évolution de l'habilitation au sein du réseau de la santé. Néanmoins, nous suggérons de reprendre ultérieurement cette étude afin de saisir l'influence de l'implantation des réseaux de services intégrés sur l'habilitation

Les différentes recommandations s'articulent autour de l'importance d'avoir, au sein du réseau, des gestionnaires en services infirmiers détenteurs d'un niveau de scolarité de deuxième cycle, la poursuite d'investigation sur l'habilitation et la mise en place de stratégies afin d'améliorer le soutien et les ressources pour les infirmières chefs d'unité. À leur tour, les infirmières chefs d'unité ont intérêt, au même titre que les décideurs, à adopter des comportements favorisant l'habilitation de leurs pairs et de leurs subalternes afin que chacun participe à la création d'environnements de travail qui favorise l'habilitation.

LES RÉFÉRENCES

- AIKEN, L. H., CLARKE, S. P., SLOANE, D. M., SOCHALSKI, J., SILBER, J. H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, JAMA, 288 (16) : 1987-93.
- ALMOST, J., LASCHINGER, H. S. (2002) Workplace empowerment, collaborative relationships, and job strain in nurse practitioner, Journal of American Academy of Nurse Practitioners, 14 (9) : 408-431.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (AHQ) (1996). Cadre de référence sur la reconfiguration. AHQ.
- BEAULIEU, R. L. (1995) Opportunity, Power, and Commitment of nurse in long term care. Thèse de doctorat, University of Toronto.
- BEAULIEU, R., SHAMIAN, J., DONNER, G., PRINGLE, D. (1997) Empowerment and commitment of nurses in long term care. Nursing Economics, 15 (1) : 32-41.
- BONALUMI, N., FISHER, K. (1999) Health care change : challenge for nurse administrators, Nursing Administration Quarterly, 23 (2) : 69-73.
- BRATHWAITE, J. (1995) Organizational change, patient-focused care : an Australian perspective, Health Services Management Research, 8 (3) : 172-185.
- BURNS, N. GROVE, S.K. (2003) Understanding nursing research. 3nd ed. Philadeldhia: W.B.Saunders Co.
- CANADIAN NURSING ADVISORY COMMITTEE (2002). Our health, our future: Creating Quality workplaces for Canadian Nurses. Ottawa, ON, Advisory Committee on Health Human Resources.
- CHANDLER, G. (1986) The relationship of nursing work environment to empowerment and powerlessness. Thèse de doctorat, University of Utah.
- CHARNS, M.P., SMITH TEWKSBURY, L.J. (1993) Collaborative management in healthcare: Implementing the integrative Organization. San Francisco : Jossey-Bass publishers, p.20-43.
- CLIFFORD, JC. (1998) Restructuring : The Impact of Hospital Organization on Nursing Leadership. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishing.
- CURTIN, L. (2000). Hot issues in healthcare: safety, quality, Seminars for nurse manager, 8 (4) : 239-242.
- DILLMAN, D. (1978) Mail and telephone surveys: The total design method. New-York; John Wiley & Sons.

- FINEGAN, J. LASCHINGER, H. (2001) The antecedents and consequences of empowerment : A gender analysis. *Journal of Nursing Administration*, 31 (10) : 489-497.
- FITZPATRICK, M. J., M^CELROY, M.J., DEWOODY, S. (2001) Building a strong nursing organization in a merged, service line structure, *Journal of Nursing Administration*, 31 (1) : 24-32.
- GELINAS, L.S. MANTHEY, M.M. (1997). The impact of organizational redesign on nurse executive leadership. *Journal of Nursing Administration*, 27 (10) : 35-42.
- GODDARD, M. LASCHINGER, H. (1997) Nurse Manager's perception of power and opportunity. *Canadian Journal of Nursing Administration* 10 (2) :40-66.
- HATCHER, S., LASCHINGER, H.S. (1996). Staff nurses' perceptions of job empowerment and level of burnout: A test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9 (2) : 74-94.
- HAVENS, D.S. (2001). Comparing nursing infrastructure and outcomes: ANCC nonmagnet CNEs report. *Nursing Economics*, 19 (6) : 258-266.
- HOWLE, D. (1999) *The relationship between the work effectiveness of staff nurses and their perception of their nurse managers' empowerment*. Thèse de maîtrise. Texas Tech University Health Sciences Center.
- KANTER, R.M. (1979) *Power failure in management circuits*. *Harvard Business review*, 57 (4): 65-75.
- KANTER, R.M. (1993) *Men and Woman of the Corporation*. 2nd ed. New York. Basic Books.
- KENNEDY, T. (2000) *The relationship of nurse manager's organizational commitment and nurse administrator's caring and leadership behaviours*. Thèse de doctorat. .
- KOHLES, M. K. (1997) Redefining management through redesign of patient care delivery systems, *Seminars for Nurse Managers*, 5 (1) : 39-48.
- LAING, A. (2002) Meeting patient expectations: healthcare professionals and service re-engineering, *Health Services Management Research*, 15 : 165-172.
- LAPOINTE, P.-A. CHAYER, M. BERNARD MALO, F. RIVARD, L. (2000) *La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier*. Cahier du CRISES.

- LASCHINGER, H.S. (1996) A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organisations. *Nursing Administration Quarterly*, 20 (2) : 25-41.
- LASCHINGER, H.S. ALMOST, J. TUER-HODES, D. (2003) Workplace empowerment and magnet hospital characteristics. *Journal of Nursing Administration*, 33 (7/8) : 410-422.
- LASCHINGER, H.S. FINEGAN, J. SHAMIAN, J. (2001) The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management* 26 (3) : 7-23.
- LASCHINGER, H.S. FINEGAN, J. SHAMIAN, J. CASIER, S. (2000) Organizational trust and empowerment in restructuring healthcare settings: effects on staff nurse commitment. *Journal of Nursing Administration*, 30 (9) : 413-425.
- LASCHINGER, H. FINEGAN, J. SHAMIAN, J. WILK, P. (2001) Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*, 31 (5) : 260-272.
- LASCHINGER, H.S. HAVENS, D.S. (1996) Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice: Condition for work effectiveness. *JONA*, 26 (9) : 27-35.
- LASCHINGER, H. HAVENS, D.S. (1997) The effect of workplace empowerment on staff nurses' occupational mental health and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 27 (6) : 42-50.
- LASCHINGER, H.S., SABISTON, J.A., KUTSZCHER, L. (1997) Empowerment and staff Nurse decision involvement in nursing work environments: Testing Kanter's theory of structural power in organisations. *Research in Nursing & Health*, 20 : 341-352.
- LASCHINGER, H.S. SHAMIAN, J. (1994) Staff nurses' and nurse managers' perceptions of job related empowerment and managerial self-efficacy, *Journal of Nursing Administration*, 24 (10) : 38-47.
- LASCHINGER, H.S. SHAMIAN, J. THOMPSON, D. (2001) Impact of magnet hospital characteristics on nurses's perceptions of trust, burnout, quality of care and work satisfaction. *Nursing economics*, 19 (5) : 209-219.
- LASCHINGER, H.S. WONG, C. (1999) Staff nurse empowerment and collective accountability: Effect on perceived productivity and self-rated work effectiveness. *Nursing economics*, 17 (6) : 308-316.

- LASCHINGER, H.S. WONG, C. (2005) Phase I Report Canadian nursing leadership study. Non publiée
- LASCHINGER, H.S. WONG, C. McMAHON, L. KAUFMANN, C. (1999) Leader Behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness. Journal of nursing administration, 29 (5) : 28-39.
- LITWIN, R., BEAUCHESNE, K., RABINOWITZ, B. (1997) Redesigning the nurse manager role : a case study. Nursing Economics, 15 (1) : 6-14.
- MANOJLOVICH, M. LASCHINGER, H.S. (2002) The relationship of empowerment and selected personality characteristics to nursing job satisfaction. Journal of nursing administration 32(11) : 586-595.
- MATHENA, K. (2002) Nursing manager leadership skills. Journal of Nursing Administration, 32(3) : 136-142.
- M^CKEY, C.A. (2002) Leadership practices, organizational commitment and conditions of work effectiveness of chief nursing officer in Ontario's restructured hospitals. Thèse de doctorat. Capella University.
- MENIX, K.D. (2001) Educating to manage the accelerated change environment effectively: part 2. Journal for nursing in staff development, 17 (1) : 44-53.
- MILLER, J., GALLOWAY, M., COUGGLIN, C., BRENNAN, E. (2001) Care-centered organizations: Part 1: Nursing governance, Journal of Nursing Administration, 31 (2) : 67-73.
- MILLER, P.A., GODDARD, P. LASCHINGER, H.S. (2001) Evaluating physical therapists' perception of empowerment using Kanter's theory of structural power in organizations. Physical Therapy 81 (12) : 1880-1888.
- MOORE, N. KOMRAS, H. (1993) Patient focused healing: integrating caring and curing in health care. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- MRAYYAN, M.T. (2002) Hospital staff nurses' perceptions of nurse managers' actions that influence nurses' autonomy. Thèse de doctorat. University of Iowa.
- NORRISH, B.R. (2001) The impact of hospital restructuring on the work of registered nurses. Nurse Administration Quarterly, 25 (3) : 87-89.
- NORRISH, B. R. RUNDALL, T.G. (2001) Hospital restructuring and the work of registrated nurses. The Milbank Quarterly, 79 (1) : 55-79.

- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ) (2004) La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés. OIIQ, Montréal.
- PATRONIS JONES, R. A. (1997) Multidisciplinary collaboration: conceptual development as a foundation for patient-focused care, Holistic Nursing Practice, 11 (3) : 8-16.
- PORTER-O'GRADY, T. (1999) Quantum leadership: New role for a new age. Journal of nursing administration, 29 (10) : 37-42.
- SABISTON LASCHINGER (1995). Staff nurse work empowerment and perceived autonomy, Journal of Nursing Administration, 25 (9) : 45-50.
- SEARS, H. J. (1998) Values-based leadership and organizational development during restructuring, Seminars for Nurse Managers, 6 (2) : 89-95.
- SHAMIAN, J., LIGHSTONE, E. Y. (1997) Hospital restructuring initiatives in Canada, Medical Care, 35 (10), Supplement : OS62-OS69.
- SOCHALSKI, J., AIKEN, L., FAGIN, C. (1997) Hospital restructuring in the United States, in Canada, and Western Europe: an outcomes research agenda, Medical Care, 35 (10) : OS13-OS25.
- SOVIE, M. JAWAD, A.F. (2001) Hospital restructuring and its impact on outcomes nursing staff regulation are premature. Journal of Nursing Administration, 31 (12) : 588-600.
- UPENIEKS, V. (2003) Nurse leader's perceptions of what compromises successful leadership in today's acute inpatient environment. Nursing administration Quarterly 27 (2) : 140-152.
- WEAVER, D. J. (1999) The patient care executive role in patient care redesign, In Patient Care Redesign – Lessons From the Field, American Organization of Nurse Executives, Health Forum, Inc., Chicago, pp. 3-15.
- WILSON, B. LASCHINGER, H. (1994) Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment. Journal of Nursing Administration, 24 (4S) : 39-47.

APPENDICE A

Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II (CWEQ)

Section 11 : Jusqu'à quel point retrouve-t-on les éléments suivants à propos de votre emploi actuel ?

	Pas du tout		Un peu		Beaucoup
	1	2	3	4	5
1. L'occasion de relever des défis.					
2. L'occasion d'acquérir de nouvelles habiletés et de nouvelles connaissances.	1	2	3	4	5
3. Des tâches qui utilisent au maximum vos habiletés et vos connaissances.	1	2	3	4	5
4. De l'information sur la situation actuelle de l'hôpital.	1	2	3	4	5
5. De l'information sur les valeurs de la haute direction.	1	2	3	4	5
6. De l'information sur les objectifs de la haute direction.	1	2	3	4	5
7. De l'information précise sur ce que vous faites correctement.	1	2	3	4	5
8. Des commentaires précis sur ce que vous pourriez améliorer.	1	2	3	4	5
9. Des conseils stimulants ou des avis en résolution de problème.	1	2	3	4	5
10. Suffisamment de temps pour s'acquitter des tâches administratives.	1	2	3	4	5
11. Suffisamment de temps pour satisfaire aux exigences de l'emploi.	1	2	3	4	5
12. Obtention d'aide temporaire au besoin.	1	2	3	4	5
13. Récompenses reliées à l'innovation au travail.	1	2	3	4	5
14. Une certaine souplesse d'emploi.	1	2	3	4	5
15. Une certaine visibilité dans l'hôpital pour les activités reliées à mon emploi.	1	2	3	4	5
16. Collaboration avec les médecins.	1	2	3	4	5
17. Sollicitée par des pairs pour résoudre des problèmes.	1	2	3	4	5
18. Sollicitée par l'administration pour aider à résoudre des problèmes.	1	2	3	4	5
19. Collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Ex.: Physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététistes.	1	2	3	4	5

APPENDICE B

Données sociaux démographiques

Section 15 : Quelques renseignements sur vous :

1. Sexe : Homme Femme
2. Âge : _____ ans
3. État civil : Célibataire Mariée/Conjointe de fait Séparée/Divorcée Veuve
4. Années d'expérience en soins infirmiers : _____ ans
5. Années d'expérience en gestion :
Gestion de niveau des soins: _____ années
Gestion de niveau intermédiaire : _____ années
Gestion de niveau supérieur : _____ années

APPENDICE C

Formulaire de consentement

Consentement à participer à une recherche – Cadres intermédiaires¹ et infirmières chefs d'unité**Titre de la recherche :****Profil de la structure et de l'impact de la gestion des soins infirmiers dans les hôpitaux canadiens****Chercheuses :**

Heather Laschinger, inf. aut., Ph.D.
 Professeure, Co-chercheuse principale
 École de sciences infirmières
 Université de Western Ontario
 519-661-4065
 [REDACTED]

Carol Wong, inf. aut., MscInf.
 Directrice de l'exercice professionnel,
 Soins infirmiers
 Co-chercheuse principale
 Centre des sciences de la santé de London
 519-685-8500, poste 52443
 [REDACTED]

Chercheur local :

[REDACTED], directrice des soins infirmiers

Commanditaire de l'étude :

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Alors qu'il y a beaucoup d'hypothèses sur l'impact des changements dans la gestion des soins infirmiers au Canada, il est étonnant de constater que l'on sait peu de choses sur les formes que prennent ces changements dans les rôles de direction, ni sur les conséquences que ces changements ont eues. Nous vous invitons à participer à une recherche qui étudiera les rôles de direction des soins infirmiers dans les établissements hospitaliers du Canada.

Contexte :

Les rôles de direction des soins infirmiers ont changé de façon spectaculaire depuis une décennie ; cependant, il y a peu d'information permettant de vérifier ce en quoi la configuration de ces rôles diffère d'une région à l'autre du Canada, et son impact sur la gestion des services professionnels de soins infirmiers. Plusieurs auteurs d'ouvrages récents ont mis en lumière l'importance d'un leadership fort en soins infirmiers dans les établissements de santé, afin de s'assurer que les structures en place permettent de prendre en compte la contribution des soins infirmiers dans les questions relatives au traitement du patient. Ils ont également alerté le lecteur sur le manque de leadership (*leadership gap*) en soins infirmiers, et sur la nécessité de comprendre et de considérer les facteurs qui en sont responsables.

Objectif de la recherche :

L'objectif de cette recherche est de tracer un profil du leadership en soins infirmiers/structures de gestion dans les hôpitaux actuels du Canada, en dégagant les caractéristiques organisationnelles et structurelles des rôles de gestionnaire des soins infirmiers (aux niveaux supérieur, intermédiaire et de l'unité de service), dans 67 hôpitaux communautaires et d'enseignement du Canada. Cette étude examinera également de quelle façon les rôles de direction des soins infirmiers ont changé dans les établissements hospitaliers du Canada, et les facteurs décisifs qui permettent aux directrices d'exercer leur rôle.

Méthodologie :

Tous les cadres intermédiaires et les infirmières chefs d'unité de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, et d'hôpitaux communautaires semblables, sont invitées à participer à cette recherche. Le nombre de cadres intermédiaires en provenance des 86 hôpitaux du Canada qui y participeront sera d'environ 300, et le nombre d'infirmières chefs d'unité, d'environ 1500. La participation consiste à répondre au questionnaire qui est joint à cette lettre, ce qui prend environ 30 minutes, et à le retourner dans l'enveloppe

¹ La profession d'infirmiers/infirmières étant largement occupée par des femmes, l'emploi du féminin prédominera dans ce texte et inclura le masculin.

pré-libellée à l'Unité de recherche en sciences infirmières, École de sciences infirmières, Université de Western Ontario.

Risques :

La participation à cette étude ne représente aucun danger.

Avantages :

Votre participation à cette recherche ne vous procurera pas d'avantage direct. Cependant, cette étude devrait fournir suffisamment d'information pour alimenter les décideurs quant aux configurations de rôles et aux structures organisationnelles des hôpitaux qui seraient les plus susceptibles d'entraîner des résultats de grande qualité chez le patient, et de créer un climat de travail positif pour les infirmières gestionnaires aussi bien que pour les infirmières soignantes. Les résultats de cette recherche pourraient également contribuer à la définition de la configuration des rôles qui seraient susceptibles de susciter la candidature de nouvelles gestionnaires, et la venue de nouvelles personnes dans la profession. Les connaissances acquises lors de ces travaux pourraient être intégrées à la formation des gestionnaires, et aux programmes de formation visant à préparer de futures infirmières gestionnaires à la complexité du leadership dans le domaine des soins de santé. Comprendre les différences dans les structures et les caractéristiques du leadership à différents niveaux de la hiérarchie peut contribuer à préparer de façon plus appropriée des infirmières gestionnaires à faire ces transitions.

Confidentialité :

Tous les renseignements recueillis pour cette étude restent strictement confidentiels, selon les termes de la loi, et, afin de préserver son anonymat, la répondante est identifiée par un numéro de code. Les questionnaires complétés sont déposés dans une enveloppe scellée et envoyés à l'Unité de recherche en sciences infirmières, Université de Western Ontario. Chaque questionnaire est également identifié par un numéro de code qui permet à l'équipe de recherche d'envoyer un rappel aux personnes qui n'ont pas répondu. Les réponses aux questions ne seront vues que par un commis aux données indépendant, à l'Université de Western Ontario, qui saisira toutes les données dans un fichier informatisé. La confidentialité sera en tous points respectée et aucun renseignement pouvant permettre d'identifier l'une ou l'autre des répondantes ne sera ni diffusé ni publié sans son consentement. Les renseignements collectés seront conservés jusqu'à la fin du projet de recherche dans un classeur fermé à clef. Ni le nom de la répondante ni toute autre information permettant de l'identifier ne seront d'aucune façon reliés aux renseignements fournis.

Participation et retrait :

Si vous avez des questions concernant cette recherche ou si, éventuellement, vous désirez vous retirer, vous pouvez entrer en contact avec nous à tout moment aux numéros qui figurent plus bas.

Tout au long des travaux de recherche, vous aurez accès à un site Web qui vous donnera une information à jour sur leur état d'avancement (publish.uwo.ca/~hkl/national-leadership-study.htm). À la fin des travaux, toutes les participantes seront informées des résultats de la recherche : un résumé sera affiché sur le site Web ; toutefois, si vous préférez qu'une copie du rapport vous soit postée, vous n'avez qu'à en faire la demande. Les résultats de cette recherche seront publiés dans des périodiques scientifiques ou présentés à des conférences/colloques. Toutefois, ni les organismes participants ni les individus ne seront mentionnés dans quelque rapport ou communication que ce soit concernant les résultats de cette recherche.

Si vous avez des questions concernant cette recherche ou si, éventuellement, vous désirez vous retirer, vous pouvez entrer en contact avec nous à tout moment aux numéros qui figurent plus bas.

Avec nos salutations distinguées,

Heather Laschinger, inf. aut., Ph.D.

Carol Wong, inf. aut., MscInf.

Profil de la structure et de l'impact de la gestion des soins infirmiers dans les hôpitaux canadiens

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ADMINISTRATION DES QUESTIONNAIRES
AUX CADRES INTERMÉDIAIRES ET AUX INFIRMIÈRES CHEFS D'UNITÉ**

Votre signature atteste que vous avez été informé(e) que la participation à cette recherche est facultative, que vous avez le choix d'accepter, de refuser ou de vous retirer sans préjudice

Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs, commanditaires ou établissements de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale, vous devez en connaître tous les tenants et les aboutissants au cours du déroulement de la recherche.

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 les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude.

Je reconnais avoir reçu une copie de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant

Signature

Date

APPENDICE D

**Tableau des fréquences, des pourcentages, des moyennes et des écarts-types
des dimensions de l'outil CWEQ-II**

Tableau VII : Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Opportunité »

Question	Intitulé	N	Score					Moyenne ξ	Écart-type
			1	2	3	4	5		
1	L'occasion de relever des défis.	108	1 0.9	1 0.9	14 13.0	44 40.7	48 44.4	4.27	.793
2	L'occasion d'acquérir de nouvelles habiletés et de nouvelles connaissances.	108	0 0	1 0.9	11 10.2	47 43.5	49 45.4	4.33	.697
3	Des tâches qui utilisent au maximum vos habiletés et vos connaissances.	108	1 0.9	6 5.6	17 15.7	43 39.8	41 38.0	4.08	.918

Légende des scores du CWEQ-II : 1= Pas du tout, 2, 3= Un peu, 4, 5=Beaucoup

Tableau VIII : Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Information »

Question	Intitulé	N	Score					Moyenne ξ	Écart-type
			1	2	3	4	5		
4	De l'information sur la situation actuelle de l'hôpital.	108	0 0	4 3.7	23 25.0	49 45.4	32 29.6	4.01	.815
5	De l'information sur les valeurs de la haute direction.	108	1 0.9	8 7.4	23 21.3	46 42.6	30 27.8	3.89	.931
6	De l'information sur les objectifs de la haute direction.	108	2 1.9	8 7.4	19 17.6	45 41.7	34 31.5	3.94	.979

Légende des scores du CWEQ-II : 1= Pas du tout, 2, 3= Un peu, 4, 5=Beaucoup

Tableau IX : Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Soutien »

Question	Intitulé	N	Score					Moyenne ξ	Écart-type
			1	2	3	4	5		
7	De l'information précise sur ce que vous faites correctement.	108	2 1.9	14 13.0	33 30.6	50 46.3	9 8.3	3.46	.891
8	Des commentaires précis sur ce que vous pourriez améliorer.	108	5 4.6	17 15.7	36 33.3	44 40.7	6 5.6	3.27	.953
9	Des conseils stimulants ou des avis en résolution de problème.	108	3 2.8	7 6.5	32 29.9	54 50.5	11 10.3	3.59	.868

Légende des scores du CWEQ-II : 1= Pas du tout, 2, 3= Un peu, 4, 5=Beaucoup

Tableau X : Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Ressource »

Question	Intitulé	N	Score					Moyenne ξ	Écart-type
			1	2	3	4	5		
10	Suffisamment de temps pour s'acquitter des tâches administratives.	107	12 11.2	29 27.1	51 47.7	14 13.1	1 0.9	2.65	.881
11	Suffisamment de temps pour satisfaire aux exigences de l'emploi.	108	7 6.5	29 26.9	48 44.4	23 21.3	1 0.9	2.83	.870
12	Obtention d'aide temporaire au besoin.	108	28 26.2	20 18.7	33 30.8	20 18.7	6 5.6	2.59	1.221

Légende des scores du CWEQ-II : 1= Pas du tout, 2, 3= Un peu, 4, 5=Beaucoup

Tableau XI : Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Pouvoir formel »

Question	Intitulé	n	Score					Moyenne ξ	Écart-type
			1	2	3	4	5		
13	Récompenses reliées à l'innovation au travail.	108	17 15.7	30 27.8	28 25.9	23 21.3	10 9.3	2.81	1.211
14	Une certaine souplesse d'emploi.	108	4 3.7	6 5.6	34 31.5	42 38.9	22 20.4	3.67	.986
15	Une certaine visibilité dans l'hôpital pour les activités reliées à mon emploi.	108	7 6.5	12 11.1	36 33.3	36 33.3	17 15.7	3.41	1.085

Légende des scores du CWEQ-II : 1= Pas du tout, 2, 3= Un peu, 4, 5=Beaucoup

Tableau XII : Fréquence, pourcentage et écart-type pour les questions relatives à la dimension « Pouvoir informel »

Question	Intitulé	n	Score					Moyenne ξ	Écart-type
			1	2	3	4	5		
16	Collaboration avec les médecins.		0 0	5 4.6	28 25.9	51 47.2	24 22.2	3.87	.810
17	Sollicitée par des pairs pour résoudre des problèmes.		1 09	5 4.6	32 29.6	52 48.1	18 16.7	3.75	.822
18	Sollicitée par l'administration pour aider à résoudre des problèmes.		8 7.4	17 15.7	36 33.3	38 35.2	9 8.3	3.21	1.051
19	Collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Ex.: Physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététistes		1 0.9	8 7.4	24 22.2	52 48.1	23 21.3	3.81	.888

Légende des scores du CWEQ-II : 1= Pas du tout, 2, 3= Un peu, 4, 5=Beaucoup

APPENDICE E

Diagrammes de Tukey des six dimensions
de l'habilitation par structures de gestion organisationnelle

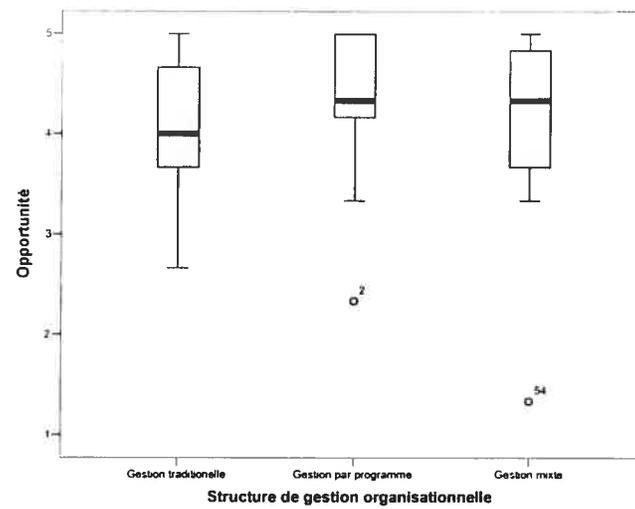


Figure 4 : Diagrammes de Tukey des scores de la dimension « Opportunité » par type d'organisation.

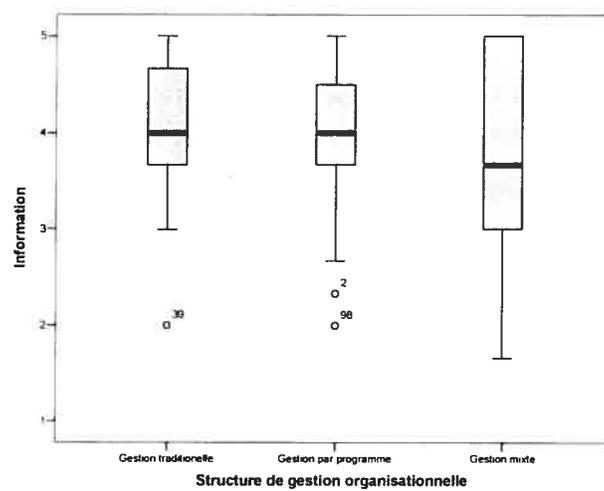


Figure 5 : Diagrammes de Tukey des scores de la dimension « Information » par type d'organisation.

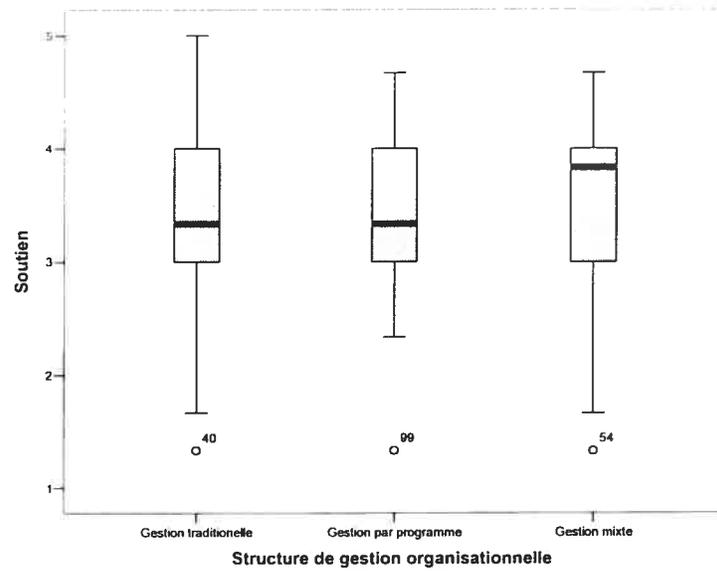


Figure 6 : Diagrammes de Tukey des scores de la dimension « Soutien » par type d'organisation.

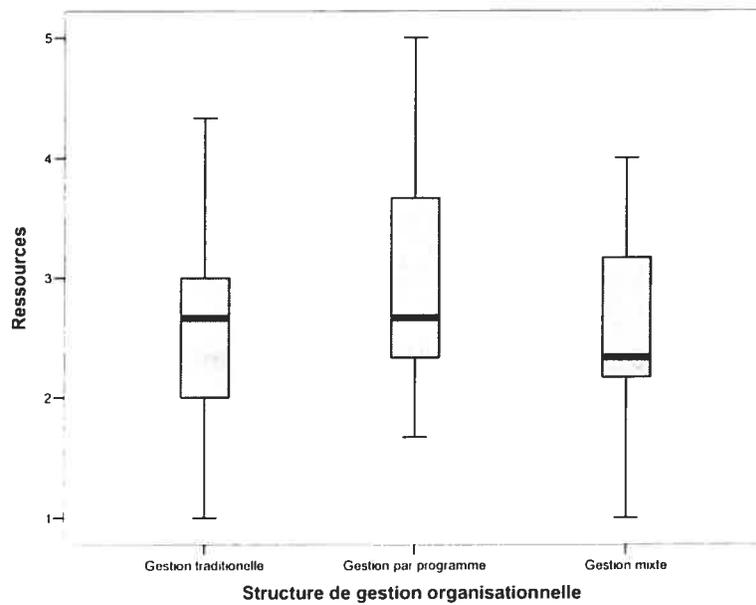


Figure 7 : Diagrammes de Tukey des scores de la dimension « Ressource » par type d'organisation.

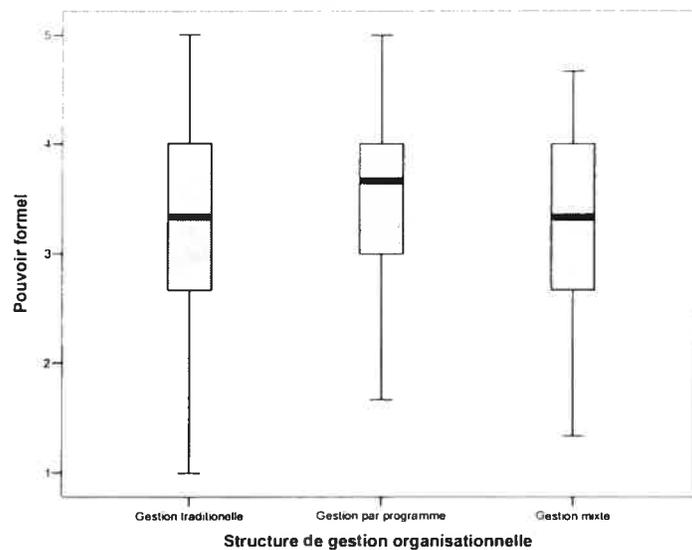


Figure 8 : Diagrammes de Tukey des scores de la dimension « Pouvoir formel » par type d'organisation.

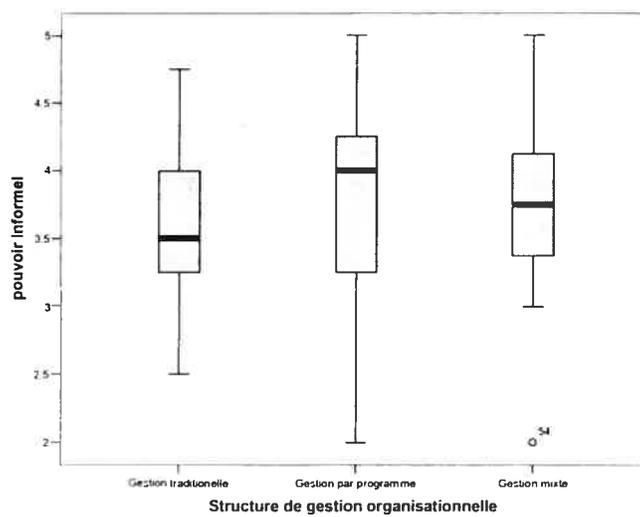


Figure 9 : Diagramme de Tukey des scores de la dimension « Pouvoir informel » par type d'organisation.