

Université de Montréal

L'influence politique du Conseil des infirmières et infirmiers dans la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers au système de santé québécois : une étude de cas

par
Manon Dinel

Faculté des Sciences Infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières

Avril 2006

© Manon Dinel, 2006



WY

5

U58

2006

V.012

Direction des bibliothèques

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 :

L'influence politique du Conseil des infirmières et infirmiers dans la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers au système de santé québécois : une étude de cas

présenté par :

Manon Diné

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Monsieur Carl-Ardy Dubois
président-rapporteur

Monsieur Michel Perreault
directeur de recherche

Madame Clémence Dallaire
membre du jury

Sommaire

En 2003, Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, déclare que les pratiques de gestion et les politiques actuelles favorisent un ajustement inadéquat de la pratique infirmière témoignant de la non reconnaissance de la contribution des infirmières au système de santé. L'action politique semble être la voie que doivent prendre les infirmières pour faire connaître leur contribution et influencer les décideurs. Le but de cette étude est de comprendre comment le Conseil des infirmières et infirmiers (CII), comme instance politique, peut servir à faire valoir la reconnaissance de la contribution des infirmières dans le système de santé québécois et à favoriser des pratiques de gestion qui en tiennent compte. Le pouvoir que peut exercer un individu ou un groupe d'individus afin d'influencer les décideurs est, selon Kanter (1977/1993), sur-déterminé par la structure organisationnelle qui encadre celui-ci. L'étude de cas unique tel que défini par Yin (2002) a été retenue comme devis pour cette recherche et la théorie de Kanter a servi d'armature. L'unité d'analyse est le CII du centre hospitalier du nord de Montréal (CHNM). La collecte des données inclut six entrevues individuelles semi-dirigées effectuées auprès de la présidente du CII, du directeur général, du directeur de la qualité et des soins infirmiers (remplace le directeur des soins infirmiers au CHNM), du président du conseil d'administration, du président du conseil multidisciplinaire et du président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, l'analyse de documents pertinents, l'observation directe d'une réunion du CII et d'une réunion du conseil d'administration (CA) et la prise de notes de terrain. Les données ont été analysées par appariement de modèle. Les résultats démontrent que le pouvoir auquel a accès le CII est effectivement sur-déterminé par la structure organisationnelle comme le soutient Kanter (1977/1993). Mais plus important, il s'avère que le réel pouvoir du réseau de la santé est détenu par les médecins dans une structure parallèle à la structure des établissements publics de santé, échappant ainsi au pouvoir formel des gestionnaires. Le défi majeur des prochaines années sera de trouver une structure organisationnelle qui permettra aux gestionnaires et aux professionnels d'avoir accès au pouvoir médical qui leur échappe.

Enfin, cette étude révèle que les infirmières sont politisées et que le CII pourrait être un bon levier politique contribuant à la reconnaissance professionnelle. Toutefois les infirmières doivent développer des habiletés politiques qui leur permettront de mettre en place des stratégies efficaces afin d'influencer les multiples acteurs du réseau et ce, à tous les niveaux de la gouverne. Une association de CII soutenue par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec offrirait aux infirmières une autre voie par laquelle elles pourraient influencer directement les décideurs politiques au cœur même des débats, là où sont élaborées les lois.

Mots Clés : Conseil des infirmières et infirmiers, action politique, théorie de Kanter, contribution des soins infirmiers, reconnaissance professionnelle, pratique de gestion

Summary

In 2003, G. Desrosiers, president of the « Ordre des infirmières et infirmiers du Québec », declares that management practices and current politics favor an inadequate adjustment of the practice of nursing testifying to the non-recognition of the nurses' contribution to the health care system. Political action seems to be the way that nurses must take to make their contribution known and to influence the decision makers. The aim of this study is to understand how the Council of Nurses (CII), as a political authority, can be used to put forward the recognition of the nurses' contribution in Quebec's health care system and to favor management practices that take them into account. The power that an individual or a group of individuals can exert in order to influence the decision makers is, according to Kanter (1977/1993), over-determined by the organizational structure that supervises it. The single case study as defined by Yin (2002) was kept as design for this research and Kanter's theory was used as framework. The unit of analysis is the Council of Nurses (CII) of the hospital centre, north of Montreal (CHNM). Data gathering includes six semi-directed individual interviews carried out with the President of the CII, the General Director, the Quality Manager and Nursing (replacing the Nursing Manager at the CHNM), the President of the Board of Directors, the President of the Multidisciplinary Council and the President of the Council of Physicians, Dentists and Pharmacists, the analysis of relevant documents, the direct observation of a CII meeting and a Board of Directors meeting and taking notes in the field. Data has been analyzed by pattern matching. Results show that the power to which the CII has access is indeed over-determined by the organizational structure as maintained by Kanter (1977/1993). But more significantly, it appears that real power of the health care services network is held by physicians in a structure parallel to the structure of the public health care establishments, thus escaping the administrators' distinct power. Finding an organizational structure that permits administrators and professionals to have access to medical power that eludes them at the moment will be the biggest challenge for the coming years. Finally, this study reveals that the nurses are

politicized and that the CII could be a good political lever contributing to professional recognition. However, nurses must develop political skills that will enable them to set up effective strategies in order to influence the network's multiple actors and this, at all levels of the administration. An Association of CII supported by the « Ordre des infirmières et infirmiers du Québec » would offer the nurses another path by which they could directly influence political decision makers at the centre of the debates, where laws are elaborated.

Key words : Council of Nurses, political action, Kanter's theory, contribution in Quebec's health care system, professional recognition, management practices

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	X
REMERCIEMENTS	XII
INTRODUCTION	1
LA PROBLÉMATIQUE	4
BUT DE LA RECHERCHE	11
QUESTIONS DE RECHERCHE.....	11
LA RECENSION DES ÉCRITS	12
LA CONTRIBUTION DES SOINS INFIRMIERS.....	13
LA RECONNAISSANCE DE LA CONTRIBUTION INFIRMIÈRE	17
<i>La reconnaissance sociale vient avec la professionnalisation</i>	20
<i>Le savoir expert</i>	22
LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS	25
LE POLITIQUE ET LE CII.....	31
THÉORIES DE RÉFÉRENCE.....	35
<i>La théorie de Kanter</i>	35
<i>Les alliances telles que définies par O'Neill, Boyer et Gosselin</i>	42
LA METHODOLOGIE	44
LE DEVIS DE RECHERCHE	45
LA PROPOSITION.....	46
L'UNITÉ D'ANALYSE	47
<i>Critères de sélection</i>	48
<i>Sélection du CII</i>	48
LES MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES	51
<i>Analyse documentaire</i>	51
<i>Observation directe de réunions du CECII et du CA</i>	52
<i>Entrevues semi-dirigées</i>	54
<i>Notes de terrain</i>	56
L'ANALYSE DES DONNÉES.....	56
<i>Les critères de rigueur scientifique</i>	57
LES QUESTIONS D'ÉTHIQUE	59
LES RÉSULTATS	60
LE POUVOIR FORMEL.....	61
<i>Instauration du CII dans l'organisation</i>	61
<i>Les avis et recommandations</i>	62
<i>Le pouvoir discrétionnaire du CII</i>	66
LE POUVOIR INFORMEL	72
<i>Les alliances</i>	72
<i>Le CII</i>	73
<i>Le DG</i>	76
<i>Le CA</i>	81
<i>La DQSI</i>	84
<i>Le CM</i>	86
<i>Le CMDP</i>	90

LES STRUCTURES DE POUVOIR.....	94
<i>La structure de pouvoir</i>	94
<i>Les ressources</i>	95
<i>L'information</i>	102
<i>Le support</i>	105
<i>La structure d'opportunité</i>	112
<i>La structure des proportions</i>	115
LES FAITS MAJEURS À RETENIR	120
LA DISCUSSION.....	124
LE POUVOIR EST TRIBUTAIRE DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ACTUELLE	
DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	125
<i>Un système de santé, deux structures organisationnelles</i>	125
<i>Des comportements conditionnés par la structure pour maintenir le pouvoir des infirmières dans un état latent</i>	133
<i>Le pouvoir des infirmières reconnu par tous... sauf les infirmières</i>	139
LA RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE PASSE PAR LES HABILITÉS POLITIQUES ET LA POLITISATION DES INFIRMIÈRES	145
<i>Habilités politiques à développer</i>	145
<i>Politisation des infirmières</i>	148
FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE.....	152
<i>Les forces de l'étude</i>	152
<i>Les limites de l'étude</i>	154
RECOMMANDATIONS.....	156
<i>Pistes de recherches futures</i>	156
<i>Implications pour la profession</i>	158
CONCLUSION.....	161
REFERENCES.....	164
APPENDICE A - LETTRE DE PARTICIPATION ET FORMULAIRE D'AUTORISATION ET DE CONSENTEMENT.....	172
APPENDICE B – GUIDE D'OBSERVATION	177
APPENDICE C - RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS À LA RECHERCHE	180
APPENDICE D - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS.....	184
APPENDICE E - GUIDE D'ENTREVUE	186
APPENDICE F - GUIDE POUR L'ANALYSE DOCUMENTAIRE.....	189

Liste des tableaux

TABEAU 1 – ORGANIGRAMME DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE AVEC CII	.27
TABEAU 2 – THÉORIE DE KANTER	37
TABEAU 3 – LE POUVOIR FORMEL: SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	72
TABEAU 4 – LE POUVOIR INFORMEL: SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	94
TABEAU 5 – LA STRUCTURE DE POUVOIR: SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	110
TABEAU 6 – LA STRUCTURE D’OPPORTUNITÉ: SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	115
TABEAU 7 – LA STRUCTURE DES PROPORTIONS: SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	120
TABEAU 8 – RÉSUMÉ DES POINTS MAJEURS DES RÉSULTATS OBTENUS	123

Liste des abréviations

CII- Conseil des infirmières et infirmiers
CECII- Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers
CA- Conseil d'administration
CHNM- Centre hospitalier au nord de Montréal
CHSLD- Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHU- Centre hospitalier universitaire
CIIA- Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CLSC- Centre local de services communautaires
CM- Conseil multidisciplinaire
CMDP- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPIAQ- Corporation provinciale des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
CSSS- Centre de santé et de services sociaux
DG- Direction/directeur générale
DOC- Direction/directeur des opérations cliniques
DSI- Direction/directeur des soins infirmiers
DSP- Direction/directeur des services professionnels
DQSI- Direction/directeur de la qualité et des soins infirmiers
FIIQ- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
L.Q.- Lois du Québec
L.R.Q.- Lois refondues du Québec
MSSS- Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
RSI- Responsable des soins infirmiers

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier les participants qui m'ont fait confiance et qui ont accepté de collaborer à cette recherche. À chacun, je salue votre audace et votre générosité. Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes nombreuses questions malgré vos horaires chargés.

Je dois aussi remercier la FERASI qui m'a octroyé une bourse d'étude. Ce support financier a permis que je puisse m'absenter de mon travail pendant quelques mois pour me consacrer à mon projet de recherche.

Je ne peux absolument pas passer sous silence le soutien de mon directeur de mémoire, Monsieur Michel Perreault (Ph.D). Merci pour votre grande disponibilité, vos encouragements et surtout, votre confiance. Vous avez su me diriger avec toute la souplesse dont j'avais besoin et, sans rien imposer, vous m'avez guidée tout au long de cette démarche d'apprentissage.

Pour la correction du texte et sa mise en page, j'ai pu compter sur l'aide de France Roy. Merci d'avoir accepté de travailler, plus souvent qu'autrement, dans des délais très courts. J'ai aussi eu la chance de pouvoir compter sur Gérard Denis qui avec sa bonne connaissance de la langue française a apporté précision à mes pensées et trouvé les mots justes pour les traduire. À toi Gérard, je dis mille fois merci.

Aux membres de ma famille, je tiens à vous remercier de vos encouragements et de votre soutien. Vous m'avez insufflé du courage quand j'avais l'impression de ne plus en avoir.

Et que dire à mes amies qui m'ont fidèlement attendue ces trois dernières années. Pour les soirées manquées, les anniversaires oubliés et les fêtes reportées, je vous dis merci d'être encore là. J'ai certainement les meilleures amies du monde.

Enfin, je tiens à remercier Line et Sylvain. Nous formions un trio hors pair pour partager nos frustrations mais aussi pour s'encourager mutuellement et se féliciter de nos succès.

Merci infiniment à chacune et chacun.

Introduction

La gestion des soins, telle qu'elle se pratique actuellement, témoigne, selon Desrosiers (2003), de la non reconnaissance de la contribution des soins infirmiers au système de santé québécois. Pourtant, de récentes recherches en sciences infirmières démontrent que les modalités de distribution des soins infirmiers influencent directement le taux de mortalité et de morbidité (Aiken, Clark, & Sloane, 2000; Aiken, Clark, S., Sloane, Sockalski, Busse, Clarke, H., Giovannetti, Hunt, Rafferty, & Shamian, 2001; Aiken, & Fagin, 1997; Blegen, Goode, & Reed, 1998; Clarke, & Aiken, 2003). De plus, des recherches affirment que les infirmières ont un impact sur l'efficacité et l'efficacé des établissements de santé (Blegen, Goode, & Reed, 1998; Bloom, Alexander, & Nuchol, 1997; Dallaire, 2002; Hendrix, & Foreman, 2001).

Le 4 septembre 1991, la législature du Québec a formellement adopté la «Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives»¹, qui remplaçait l'ancienne loi et qui créait notamment les Conseils des infirmières et infirmiers (CII). Dorénavant, tout établissement public de santé ayant à son service au moins cinq infirmières devait avoir un CII. Cette instance consultative formelle est une arène politique par laquelle les infirmières apprécient la qualité de la pratique professionnelle en exerçant un rôle-conseil auprès du conseil d'administration et du directeur général de l'établissement. Ainsi, elles peuvent désormais influencer directement les décideurs par des recommandations et des avis sur l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers, sur les règles de soins applicables, sur la distribution appropriée des soins dispensés, sur l'organisation scientifique et technique du centre et sur l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières. Le CII pourrait devenir l'instance où les infirmières seraient en mesure de développer des habiletés politiques et il pourrait leur offrir une arène politique par laquelle elles auraient la possibilité d'influencer les décideurs.

¹ Loi présentée comme projet de loi 120 et devenue L.Q. 1991, chapitre 42, puis L.R.Q., chapitre S-4.2. On l'appelle communément "loi 120".

Cette recherche veut justement démontrer comment le CII, en tant qu'instance politique, peut servir à faire valoir la reconnaissance de la contribution des infirmières dans le système de santé québécois et à favoriser des pratiques de gestion qui en tiennent compte.

La problématique, le but et les objectifs de la recherche sont d'abord exposés au premier chapitre. Le second chapitre porte sur la recension des écrits. Les sujets suivants y sont abordés, soit la contribution des soins infirmiers, la reconnaissance professionnelle, la professionnalisation, le CII, le politique et le CII et enfin, la théorie de Kanter (Kanter, 1977/1993) qui servira de cadre de référence à la recherche. La méthodologie sera ensuite rapportée au chapitre trois. L'étude de cas selon Yin (2002) a été retenue comme devis pour cette recherche et la technique d'appariement de modèle a été utilisée pour analyser les données. Le chapitre quatre est entièrement consacré à l'analyse des données. Les résultats seront présentés en partant des éléments de la théorie de Kanter, soit le pouvoir formel, le pouvoir informel et les structures de pouvoir. Ainsi, le pouvoir formel, première partie du chapitre, présente les données recueillies qui portent sur l'instauration du CII dans l'organisation, sur les avis et les recommandations émises par le CII et sur le pouvoir discrétionnaire du CII. Les alliances de chacun des acteurs sélectionnés dans le cadre de cette étude, soit les éléments du pouvoir informel de la théorie de Kanter, seront présentés dans la seconde partie du chapitre quatre. Les éléments des structures de pouvoir, soit la structure de pouvoir, la structure d'opportunité et la structure des proportions, feront l'objet de la troisième partie du chapitre quatre. Finalement, le chapitre cinq fait état d'une discussion se rapportant aux résultats obtenus en lien avec les écrits. Des recommandations et des suggestions de recherches futures y seront aussi apportées ainsi que les forces et limites de l'étude.

La problématique

Malgré les nombreuses recherches en sciences infirmières qui démontrent l'importance de la contribution des infirmières au système de santé québécois (Aiken, Clark, & Sloane, 2000; Aiken et al., 2001; Aiken, & Fagin, 1997; Blegen, Goode, & Reed 1998; Bloom, Alexander, & Nuchol, 1997; Clarke, & Aiken, 2003; Dallaire, 2002; Desrosiers, & Valois, 2002; Hendrix, & Foreman, 2001) les résultats semblent rencontrer une fin de non recevoir de la part des gestionnaires des établissements de santé et des élus provinciaux. L'équilibre budgétaire semble être la priorité dominante qui guide les pratiques de gestion. Ainsi, les politiques actuelles privilégieraient un ajustement de la pratique infirmière aux compressions budgétaires effectuées, sans égard à l'effet sur la profession, sur la qualité des soins et sur la santé en général (Bloor, & Maynard, 2003), ce qui, selon Desrosiers (2003), témoigne de la non reconnaissance de la contribution des infirmières au système de santé québécois.

Avec un savoir axé surtout sur la santé, les infirmières figurent parmi les professionnelles qui peuvent s'impliquer dans les décisions sociopolitiques (Dallaire, 2002; Perreault, 1998) afin que l'allocation des ressources soit faite en fonction des objectifs de santé plutôt qu'en fonction de rapports de force (Demers, 1994). Plusieurs sont d'avis que c'est à travers l'action politique que les infirmières peuvent faire reconnaître leur contribution au système de santé (Ashley, 1973; Buresh, & Gordon, 2000; Dallaire, 2002; Desrosiers, 2003; Ferguson, & Drenkard, 2003; Kalish, B.J., & Kalish, P.A., 1976; Lemire-Rodger, 1993, 2002; Roberts, 2000; Warner Rains, Lemire-Rodger, 1993, 2002, 2003).

La création des Conseil des Infirmières et Infirmiers (CII) en septembre 1991 a ouvert une nouvelle porte dans l'arène politique pour les infirmières québécoises et les opportunités qui s'offrent à elles seront tributaires de leur habileté à se politiser (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993). L'instauration des CII devait modifier les rapports de force qui s'exercent dans les établissements de santé (Demers, 1994). Instance consultative formelle, ce conseil se devait d'être instauré dans chaque

établissement public de santé comptant au moins cinq infirmières à son emploi. Les infirmières, par le CII, sont appelées à apprécier la qualité de la pratique professionnelle (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993). Le pouvoir des CII provient du fait qu'il exerce un rôle-conseil auprès du conseil d'administration et du directeur général de l'établissement. Désormais, les infirmières oeuvrant en établissement public de santé peuvent influencer directement les décideurs par des recommandations et des avis sur l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers, sur les règles de soins applicables, sur la distribution appropriée des soins dispensés, sur l'organisation scientifique et technique du centre et sur l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières. Cette instance consultative formelle offre une avenue politique par laquelle les infirmières pourraient faire reconnaître leur contribution au système de santé et influencer les décideurs à adopter une gestion des soins infirmiers qui en tient compte.

Et la contribution des soins infirmiers au système de santé est de plus en plus importante. De récentes recherches en sciences infirmières démontrent que les modalités de distribution des soins infirmiers influencent directement le taux de mortalité et de morbidité: plus le ratio infirmière-patient diminue, plus les taux de mortalité et morbidité augmentent (Aiken, Clarke, & Sloane, 2000; Aiken et al., 2001; Aiken, & Fagin, 1997; Blegen, Goode, & Reed, 1998; Clarke, & Aiken, 2003). De plus, certaines recherches affirment que les infirmières ont un impact sur l'efficacité et l'efficacé des établissements de santé en collaborant à la diminution de la durée de séjour et des plaintes ainsi qu'à la réduction des coûts (Blegen, Goode, & Reed, 1998; Bloom, Alexander, & Nuchol, 1997; Dallaire, 2002; Hendrix, & Foreman, 2001). Plusieurs études ont illustré une corrélation entre un faible pourcentage de la présence infirmière et les complications évitables, soit les plaies de pression, les pneumonies, les infections urinaires et les infections postopératoires (Desrosiers, & Valois, 2002). Il est donc permis de conclure que la contribution des sciences infirmières au système de santé québécois est connue et accessible.

Toutefois, les recherches de Kovner, Jones et Gergen (2000) démontrent que les infirmières ont de plus en plus de difficulté à assurer des soins de qualité. La fermeture de multiples hôpitaux, le changement de vocation pour d'autres et la mise à la retraite massive ont été des éléments déclencheurs pour que les infirmières s'impliquent politiquement (Perreault, 1998). Ce dernier ajoute que leurs dénonciations de l'impact de ces transformations sur la qualité des soins ont servi à mettre en garde la population et le gouvernement. Leur préoccupation pour la santé globale aurait dû donner aux infirmières une valorisation et une reconnaissance professionnelle des plus favorables. Dans ses travaux, Carpentier-Roy (1995) affirme que la plus grande souffrance des infirmières est attribuable à la non reconnaissance de leur contribution au système de santé et à l'absence de pouvoir «réel» qui devrait accompagner les responsabilités qui leur incombent.

Le manque de reconnaissance de la contribution des soins infirmiers serait en partie explicable par les rapports sociaux de genre qui ont assujetti les femmes à la domination masculine. Ashley (1973), Dallaire (2002) et Mason (1991) stipulent que les infirmières ont du pouvoir mais que ces dernières ne le savent pas ou encore l'utilisent à la finalité du système même qui les maintient dans l'oppression. Le pouvoir est là mais les structures sociales empêchent les infirmières de l'utiliser à la finalité des soins infirmiers et de la population. Le masculin, qui se révèle dans toutes les valeurs sur lesquelles s'est construite notre société, a créé une situation d'injustice et d'inégalité pour le genre féminin et va servir à maintenir les femmes sous le pouvoir des puissants (Allen David, 1999; Bartky, 1990; Condon, 1992). Éduquées à valoriser la paix, la sécurité et la soumission, elles se sont inclinées devant les connaissances supérieures des dominants, confiantes qu'ils veilleront à leurs intérêts (Dallaire, 2002). Toujours selon Dallaire (2002), ce comportement donne aux dominants le pouvoir sur les dominées et donne aux puissances en place la mainmise sur les ressources importantes. C'est ainsi que les politiques relatives à l'administration des services infirmiers qui devraient refléter les résultats de recherches reflètent plutôt une profession qui demeure sous domination

masculine (Allen David, 1999; Condon, 1992; Reverby, 1987; Roberts, 1983, 2000) et surtout sous domination médicale (Dallaire, 2002).

Mais la structure elle-même, dans les rapports de pouvoir qui ont procédé à la mise en place du système de santé, pourrait aussi être à la source de la non-reconnaissance de la contribution des infirmières. Le vent de libéralisme qui surgit à la fin du 18^e siècle coïncide avec ce que Foucault (1976) appelle le bio-pouvoir, qui se traduit par la reconnaissance du corps comme produit «marchandable». La vie, soudainement vue comme une richesse à exploiter, doit être maintenue à tout prix. Ce bio-pouvoir va conduire au processus de professionnalisation des médecins, processus qui va assurer à ces derniers un pouvoir *quasi-absolu* sur les ressources disponibles.

De souche élitiste, les médecins vont utiliser leur pouvoir d'influence pour convaincre l'État qu'eux seuls détiennent les connaissances scientifiques qui peuvent éliminer la maladie et repousser la mort (Larson, 1988; Renaud, 1989). Ils demandent et obtiennent de l'État les lois qui assureront la clôture sociale leur réservant l'exclusivité de ce savoir. Pour Larson (1988), la construction d'un savoir scientifique et la sanction de ce savoir sont garants du pouvoir que la profession pourra exercer politiquement. Elle ajoute que la capacité différente de certains groupes à sanctionner un savoir témoigne de l'inégalité sociale existante. Ehrenreich et English (1983) associent cette capacité ou incapacité à la lutte des classes sociales. La profession médicale, dont les membres masculins provenaient de la classe élitiste et libérale, à l'instar des dirigeants étatiques, avait un certain avantage dans l'élaboration des clôtures sociales de son savoir. Politiquement bien établis, il fut facile pour les membres de la profession médicale de s'approprier un champ de savoir longtemps non réglementé et exercé par des femmes (Ehrenreich, & English, 1983). L'exclusivité du savoir scientifique que leur procure la professionnalisation justifia le pouvoir des médecins en matière de soins et les autorisa à interdire la pratique des sages-femmes et des guérisseuses, limitant ainsi le rôle des

femmes à celui d'infirmières au service de la profession médicale (Cohen, 2000; Ehrenreich, & English, 1983).

La domination masculine dans les rapports sociaux de genre, ainsi que le biopouvoir et la lutte des classes qui sous-tendent la professionnalisation des médecins, sont donc des facteurs déterminants dans la construction sociale du système de santé québécois. Ils contribuent à accorder aux médecins un pouvoir d'influence exceptionnel (Blondeau, 1999; Cohen, 2000; Dallaire, 1993; Pineault, & Lessard, 1984; Renaud, 1989). Avec un savoir à construire, l'hôpital devient vite un lieu de prédilection pour développer les connaissances et mettre à l'essai les nouvelles pratiques médicales. Les médecins ne tardent pas à réclamer du personnel en mesure de répondre aux progrès scientifiques et aux nouvelles exigences de leur pratique (Cohen, 2000; Demers, 1994). Ainsi conditionnée, la pratique infirmière s'adaptera aux besoins hospitalo-centristes du système de santé québécois (Dallaire, 2002; Perreault, 1998). Coincées entre les règles institutionnelles et la prescription médicale, les infirmières seront surtout reconnues comme étant des exécutantes. L'hospitalo-centrisme a amputé les infirmières d'une reconnaissance professionnelle et d'un pouvoir qui leur aurait permis de devenir un acteur influent dans l'élaboration de structures plus propices aux valeurs de la profession et aux besoins de santé (Dallaire, O'Neill, & Lessard, 1994).

La théorie de Kanter (Kanter, 1977/1993), qui met en relation la structure des organisations et le comportement des individus, pourrait offrir un cadre de référence par lequel il serait permis de mieux étudier le CII et comprendre comment cette instance traduit l'influence politique des infirmières dans les établissements de santé ainsi que dans l'ensemble du réseau de santé. En effet, selon cette théorie, un individu adoptera un comportement à l'image du niveau de pouvoir que lui donne sa position dans la structure organisationnelle. Les recherches de Kanter (1977/1993) ont démontré que les comportements des individus sont influencés par la structure organisationnelle. Ainsi, en offrant aux infirmières des positions organisationnelles étroitement régies par de

multiples règlements, procédures et protocoles établis par la tête dirigeante, on réduit le niveau de pouvoir décisionnel de celles-ci. Selon Kanter (1977/1993), ce faible niveau d'accès aux structures de pouvoir va fortement influencer l'attitude et le comportement des personnes. Ainsi, le comportement des infirmières et des gestionnaires eu égard à l'influence politique du CII pourrait être tributaire du pouvoir que leur accorde la structure organisationnelle de l'établissement, la structure organisationnelle du système de santé ainsi que la structure sociale en général (Dallaire, 2002; Laschinger, 1996; Porter-O'Grady, 2001).

Cette recherche visera à comprendre l'influence du CII sur la reconnaissance de la contribution des infirmières au système de santé québécois en s'appuyant sur la théorie de Kanter (1977/1993). De plus, la méthode d'analyse et d'intervention politique telle que proposée par O'Neill, Boyer et Gosselin (1997), et plus spécifiquement le paramètre des alliances, servira à opérationnaliser une partie de la théorie de Kanter (Kanter, 1977/1993). Cette méthode se veut un guide pratique pour les différents acteurs qui gravitent autour du domaine de la santé afin qu'ils puissent mieux intervenir dans la dimension socio-politique et connaître un plus grand succès dans leurs stratégies d'influence auprès des décideurs politiques.

Il semble n'y avoir aucune recherche qui porte sur le rôle politique du CII dans les établissements de santé ni sur la contribution des CII au système de santé. Après douze ans d'existence, il serait impérieux de mieux comprendre le pouvoir d'influence des infirmières dans les établissements de santé québécois et de mieux comprendre comment le CII s'insère dans les rapports de forces et dans les alliances en place dans les structures du système de santé.

But de la recherche

Comprendre comment le CII, comme instance politique, peut servir à faire valoir la reconnaissance de la contribution des infirmières dans le système de santé québécois et à favoriser des pratiques de gestions qui en tiennent compte.

Questions de recherche

Comment est perçu le rôle politique d'un CII dans un établissement de santé? Comment la structure organisationnelle d'un établissement de santé favorise ou non le pouvoir d'influence d'un CII? Est-ce que l'existence d'un CII dans un établissement de santé favorise ou non la reconnaissance de la contribution des infirmières au système de santé et des pratiques de gestion qui en tiennent compte?

La recension des écrits

La problématique qui sous-tend cette recherche fait état de plusieurs concepts qui se doivent d'être plus approfondis. Cette recension touche donc cinq thèmes. D'abord, il faut comprendre quelle est la contribution des soins infirmiers et dans quelle mesure elle sert le système de santé. La reconnaissance de la contribution sera ensuite étudiée et ce, à travers le processus de professionnalisation et le savoir qui semblent être les concepts centraux de la reconnaissance. Le CII, sujet principal de cette recherche, est le troisième thème faisant partie de cette recension. Peu d'études ont été réalisées sur celui-ci. Toutefois, les résultats d'un sondage conduit par l'OIIQ en 2000 rendent compte de l'état de situation des CII à travers le Québec et seront rapportés dans cette recension. Comme il s'agit d'une instance politique, il est important de bien situer le CII dans le contexte politique du système québécois. Un inventaire des écrits a donc été réalisé sur le politique afin de comprendre le rôle politique du CII dans le système de santé. Enfin, une brève explication de la théorie de Kanter, plus spécifiquement du modèle des éléments de cette théorie qui sera utilisé comme cadre de référence pour cette recherche, ainsi qu'une explication des alliances d'acteurs telles que suggérées par la méthode d'analyse politique d'O'Neill, Boyer et Gosselin (1997) complétera cette recension.

La contribution des soins infirmiers

Au Québec, les travaux de Dallaire sont parmi les plus explicites en ce qui a trait à la contribution des soins infirmiers au système de santé du Québec. En 1993, Dallaire reconnaît que l'analyse de la contribution des soins infirmiers au système de santé est plutôt complexe et difficile à circonscrire dans sa totalité, car seules les contributions reliées aux tâches observables et mesurables semblent être reconnues. Les habiletés nécessaires pour maîtriser l'art de soigner sont effacées, ne laissant aucune place à la valorisation du «soin» infirmier (Dallaire, 1993; Gordon, & Nelson, 2005). C'est à partir de la pratique infirmière et du rôle pivot que jouent les infirmières en ce qui concerne la coordination des soins au sein d'une équipe multidisciplinaire que Dallaire (1993)

entreprind de décrire la contribution des soins infirmiers au système de santé. Elle énumère ensuite les facteurs qui favorisent la dévalorisation de cette contribution. La bureaucratie est le premier facteur associé à cette dévalorisation. Dallaire (1993) y reconnaît là une structure qui ne prend aucunement en compte «le soin» mais réduit plutôt la contribution des infirmières à la tâche et surtout aux tâches qui servent les autres professionnels de la santé et les gestionnaires. Un deuxième facteur contribuant à la dévalorisation de la contribution des soins infirmiers est la domination médicale sur le réseau de la santé. Ainsi, comme le diagnostic médical et la prescription médicale sont encore les seuls éléments reconnus pour établir les protocoles de fonctionnement officiel du système de santé, il n'est pas étonnant de constater que les médecins exercent leur contrôle aussi sur la répartition des tâches au sein d'une équipe de soin. Les médecins et les gestionnaires ont tout le pouvoir décisionnel nécessaire pour maintenir une structure qui contribue à dévaloriser la contribution des infirmières. Deux autres facteurs sont aussi identifiés, soit la culture «populaire» des infirmières et la nature des soins infirmiers qui, semble-il, font ressortir l'aspect «maternel» et «vocationnel» des valeurs féminines.

L'article termine en discutant différentes stratégies qui, selon l'auteure, devront être mises en avant afin de valoriser la contribution réelle des soins infirmiers. Selon Dallaire (1993), les infirmières doivent rendre publique leur contribution. Elle laisse entendre que ces dernières devront s'investir dans les politiques relatives à la distribution des allocations budgétaires en matière de santé afin que soit mise en place une gestion qui reconnaît la contribution des soins infirmiers au système de santé.

En 1999, Dallaire produit un article qui identifie les cinq grandes fonctions des infirmières, soit soigner, éduquer, collaborer, coordonner et superviser. Avec un système de santé centré sur le curatif, elle affirme que les infirmières ont été contraintes d'y orienter leur pratique et elle dégage, à partir de ces cinq fonctions, de multiples façons dont les infirmières contribuent au système de santé et appuient «ce» système. Ainsi les infirmières contribuent d'abord en devenant les chiens de garde du système en surveillant

et contrôlant les critères d'admissibilité aux différents programmes, limitant ainsi l'accès au système; elles subissent ensuite les reproches hostiles lorsqu'elles doivent expliquer et justifier leurs choix difficiles ou les attentes prolongées, ou encore en procédant à des révisions de distribution de soins qui contribuent à des objectifs d'efficience et d'efficacité. De plus, dans un contexte où les politiques de santé favorisent une approche médicale et administrative, les infirmières contribuent directement à la quantité et à la qualité des soins médicaux en distribuant les ressources en conséquence. Aussi, les infirmières ont revu leur curriculum éducatif afin de répondre aux besoins grandissants du progrès technologique et scientifique et y ont substitué leurs interventions traditionnelles par l'utilisation de la technologie et la surveillance de la réaction aux traitements médicaux, allant même jusqu'à exécuter des actes pour lesquels les médecins sont rémunérés. Toujours selon Dallaire (1999), l'implication des infirmières en régions éloignées contribue aussi à la médecine ainsi qu'au système de santé dans son ensemble en permettant l'atteinte de l'objectif de l'accès universel aux soins de santé à toute la population. En conclusion, elle dit que, pour répondre aux nouvelles réalités du virage ambulatoire, les infirmières devront revoir leurs pratiques pour qu'elles répondent aux besoins de santé de la population et non aux besoins des autres professionnels, ce qui va les amener à revoir les grandes fonctions et plus particulièrement la supervision, la collaboration et la coordination. Les contributions des infirmières au système de santé sont donc nombreuses, mais elles semblent profiter principalement aux médecins et aux gestionnaires. Les infirmières n'occupent donc que la place que veulent bien leur laisser les structures sociales.

De plus en plus d'études viennent confirmer ce que les infirmières présentent depuis longtemps. Desrosiers et Valois (1999) ont effectué une revue d'études qui démontrent la contribution de la pratique au système de santé en Amérique du Nord. Ainsi en 1993, Brown et Grimes (cité dans Desrosiers, & Valois, 1999) font une revue de la documentation relative à l'influence des infirmières de première ligne sur les résultats de soins. En 1982, Denton, Gafni, Spencer et Stoddart (cité dans Desrosiers, & Valois,

1999) arrivent à la conclusion que de 16% à 24% des coûts ambulatoires auraient pu être économisés si on avait fait appel à des infirmières en pratique avancée. Pour le Québec, ceci aurait représenté des économies évaluées à 528 millions de dollars. En 1995, Jonathan et Stoddart (cité dans Desrosiers, & Valois, 1999) avancent la possibilité d'un potentiel d'économie de 20% à 32% en première ligne s'il y avait une meilleure utilisation des infirmières et que, pour le Québec, cela représenterait des gains économiques entre 200 et 320 millions de dollars. Toujours dans Desrosiers et Valois (1999), une recherche menée par Leprohon (1995) dans le but de vérifier l'efficacité du service Info-santé, un service mis de l'avant par des infirmières, révèle que ce service a un fort potentiel pour améliorer l'efficacité du système. Cette étude s'est effectuée en demandant aux clients s'ils avaient consulté une autre ressource avant de communiquer avec Info-santé et elle a permis de conclure qu'en l'absence d'Info-santé, 75,8% de la clientèle aurait utilisé un service plus coûteux. Plusieurs autres études sur la contribution des infirmières en première ligne y sont aussi mentionnées. On y retrouve, de plus, des résumés d'études qui ont eu des résultats tangibles sur l'amélioration de la qualité des soins.

Aussi, plusieurs études démontrent une corrélation entre un faible pourcentage d'infirmières et une hausse des complications évitables telles que les pneumonies, les plaies de lit, les infections postopératoires et les infections urinaires (Aiken, Clarke, & Sloane, 2000; Aiken et al., 2001; Aiken, & Fagin, 1997; Clark, & Aiken, 2003; Fagin, 1990). Une étude réalisée au Québec par Doyon et Cayouette (1993) (cité dans Desrosiers, & Valois 1999) portant sur l'efficacité de l'enseignement préopératoire pour une clientèle devant subir une chirurgie cardiaque révèle des économies récurrentes de plus de 20 millions de dollars. Des études sur la contribution à la prévention des complications et sur l'amélioration de la satisfaction des malades y sont aussi présentées brièvement. Cependant Desrosiers et Valois (1999) ne critiquent aucune de ces recherches et ne font que nous présenter les résultats. En guise de conclusion, elles

invitent les infirmières à poursuivre des recherches qui puissent témoigner de l'efficacité et de l'efficience des soins infirmiers au système de santé.

Ainsi, plusieurs études témoignent de la contribution de la pratique infirmière dans le système de santé (Aiken, Clarke, & Sloane, 2000; Aiken et al., 2001; Aiken, & Fagin, 1997; Clark, & Aiken, 2003; Dallaire, 1993, 1999, 2002; Desrosiers, & Valois, 1999; Fagin, 1990; Holmes, & Gastaldo, 2002; Norish, & Rundall, 2001). Cependant, les résultats de ces études semblent peu influencer les gestionnaires quant aux décisions en rapport à la pratique de gestion des soins infirmiers, ce qui, selon Desrosiers (2003), témoigne de la non reconnaissance de la contribution des infirmières au système de santé. Pendant ce temps, les infirmières ont contribué (et contribuent encore) de différentes façons à des restructurations qui ont certes aidé le système de santé ainsi que d'autres professionnels (Dallaire, 2002).

La reconnaissance de la contribution infirmière

La parution médiatique de Desrosiers dans le journal «Le Soleil» en juin 2003 résume bien la situation réelle vécue par les infirmières, soit la non reconnaissance des multiples contributions des soins infirmiers au système de santé. Ceci a des conséquences pour la santé en général mais aussi pour la profession. Les infirmières ont été parmi les premières professionnelles à dénoncer les effets négatifs des réformes, imposées par la conjoncture économique, sur la qualité des soins (Perreault, 1998). Les changements vont se faire dans la mesure où les résultats de soins vont témoigner de la plus-value des infirmières dans le système de santé. Selon Porter-O'Grady (2000), le malaise des infirmières provient du fait qu'elles ne sont pas parvenues à revendiquer les résultats des soins infirmiers comme contribution de la pratique infirmière au système de santé.

La position sociopolitique semble faire ressortir des enjeux majeurs pour l'avenir de la profession infirmière. Dallaire, O'Neill et Lessard (1994) identifient cinq éléments

pour discuter de l'évolution des soins infirmiers au Québec. Division, désertion, difficulté des conditions de travail, déqualification et démotivation seront les phénomènes étudiés pour tenter d'expliquer la situation passée et présente de la profession. Avec une théorie féministe comme cadre de référence pour mieux comprendre la situation des infirmières, les auteurs en arrivent à la conclusion que la situation de la profession a fait des progrès mais que la route qui mène vers la libération et la reconnaissance est encore longue.

Selon Dallaire (2002), la non reconnaissance de la contribution proviendrait de la domination masculine dans les structures qui régissent la société. La domination masculine est socialement et légalement bien ancrée dans les valeurs véhiculées dans la population. Les soins infirmiers non seulement n'y échappent pas, mais ils la subissent de plusieurs façons. Déjà, comme femmes, les infirmières y sont assujetties socialement. Mais les soins infirmiers étroitement liés aux communautés religieuses subissent aussi la domination masculine de l'Église. La moralité, la charité, le don de soi sont des valeurs plus appréciées socialement que le savoir empirique. De plus, la subordination des infirmières aux médecins vient amplifier la domination masculine subie (Blondeau, 1999; Cohen, 2000; Dallaire, 1993). Enfin, les soins infirmiers subissent une forme de domination masculine profondément ancrée dans les sphères des structures sociales. Selon Bourdieu (1998), «la cosmologie sexualisée... s'enracine dans une topologie sexuelle du corps socialisé». La nature est vue de façon dichotomique: il y a haut/bas, blanc/noir, beau/laid, homme/femme, etc. Inconsciemment, l'ordre opposé des choses, qui organise tout le cosmos, est venu conditionner les schèmes de pensée. En soumettant les attributs et l'acte sexuel à cet ordre dichotomique, c'est-à-dire l'opposition entre les hommes et les femmes, la société a surchargé de détermination sexuelle les schèmes de pensée universels et, ainsi, naturalisé la domination masculine. Cette opposition, qui se voulait un support cosmologique mutuel et harmonieux, a plutôt suscité la domination masculine et a fait place à la discordance universelle. Ainsi, la nature même du monde sert à construire inconsciemment des schèmes de pensée à domination masculine. La construction sociale du monde n'échappe pas à la domination du masculin sur le féminin.

Il faut comprendre ici que la domination masculine ne se limite pas au pouvoir des hommes sur les femmes. La notion soulevée par Bourdieu (1998) élargit cette domination pour inclure aussi les objets et les lieux. Par exemple, la maison est à caractère féminin alors que le marché est à caractère masculin. Ce fait, pour la discipline infirmière, est très significatif. La domination masculine transcende la présence majoritaire des femmes, c'est la profession elle-même qui est à caractère féminin. Tout comme la profession médicale est à caractère masculin, malgré que celle-ci soit actuellement composée de plus de 50% de femmes.

Il est donc permis d'affirmer que la domination masculine qui détermine la structure sociale ne laisse aucune place aux valeurs dites féminines (Cohen , Mason, Kovner, Keavitt, Pulcini, & Sochalski, 1996; Lamoureux, 2001; Mason 1991; Reverby, 1987). Le masculin, qui se traduit dans toutes les valeurs sur lesquelles se construit notre société, a créé une situation d'injustice et d'inégalité pour le genre féminin (Allen, 1999; Bartky Lee, 1990; Condon, 1992). La domination masculine dans les rapports sociaux de genre détermine la position sociale des femmes qui, non seulement, les relègue à une position d'infériorité et leur vole leur identité mais les oblige, par devoir, à servir cette même société qui les maintient dans l'oppression (Condon, 1992; Dallaire, 2002). Selon Ashley (1973) et Dallaire (2002), les rapports sociaux de genre emprisonnent le pouvoir des infirmières. Le pouvoir est là mais les structures sociales empêchent les infirmières de l'utiliser à la finalité des soins infirmiers et de la population. La seule issue pour ce pouvoir est la voie tracée par les dominants du système qui, avec leur pouvoir «sur», se l'approprient. Ceci entretient l'impression que les infirmières n'ont pas de pouvoir alors qu'en réalité, elles en ont mais il est sous le joug médical.

Bien que la contribution des infirmières soit connue, la non reconnaissance vient du fait que les infirmières se sont surtout attardées à faire connaître la nature de leur rôle plutôt que de faire connaître les résultats de soins (Porter-O'Grady, 2000). Sous domination médicale, ordonnances et diagnostics médicaux aidant, les résultats de soins

infirmiers se sont vus attribués aux médecins et réclamés par ceux-ci (Ashley, 1973; Dallaire, 2002). Le pouvoir des infirmières est camouflé si profondément dans la structure organisationnelle que la contribution de la pratique infirmière demeure invisible et impuissante à faire socialement reconnaître sa contribution au système de santé (Ashley, 1973; Dallaire, 2002; Reverby, 1987).

La reconnaissance sociale vient avec la professionnalisation

L'étude de la professionnalisation a donné naissance à deux écoles de pensée. Les fonctionnalistes et les tenants de théories du pouvoir, soit les monopolistes. Ainsi, pour les premiers, la professionnalisation se traduit par l'application pratique d'un savoir pour le bien être d'autrui. Pour les autres, la professionnalisation est surtout un processus qui témoigne de l'injustice sociale et de l'inégalité des classes où le monopole d'un savoir se traduit par le contrôle et la domination des intrus (Abbott, 1988; Larson, 1988; Goulet, 1999).

Ainsi, pour la monopoliste Larson (1988), la professionnalisation serait donc un phénomène social où la production du savoir et la sanction de ce savoir sont issues de l'influence sociopolitique que vont pouvoir exercer les détenteurs dudit «savoir» sur les autorités en place. La professionnalisation se définit comme «la production et la sanction sociale du savoir» (p.24) et Larson (1988) ajoute que la pratique professionnelle doit toujours se justifier par un discours «savant». Toujours selon cette dernière, la professionnalisation est directement reliée à la capacité d'un groupe à s'approprier ce discours «autorisé et autorisant» et constitue un processus caractérisant l'inégalité sociale des fonctions.

Pour Goulet (2002a), la professionnalisation est un modèle d'organisation du travail qui structure et classe des fonctions selon les idéaux et les valeurs sociales dominantes. La professionnalisation serait donc issue de la lutte des classes où les

groupes élitistes semblent avantagés, comme le démontrent si bien Ehrenreich et English (1983).

Malgré cette diversité dans les définitions, la caractéristique dominante est l'autonomie professionnelle que procure le processus de professionnalisation qui assure, par le fait même, la reconnaissance sociale d'une profession (Goulet, 1999, 2002a, 2002b). Ainsi, Goulet (2002a) soutient que le processus de professionnalisation est devenu pour les infirmières un moyen d'émancipation avec, comme récompense, l'autonomie professionnelle. Mais la professionnalisation des infirmières demeure une bataille à finir car, en dépit de ce processus entrepris par les infirmières, l'autonomie professionnelle tarde à venir, ce qui fait dire à Freidson (1984) que les sciences infirmières sont une «semi-profession».

Les rapports sociaux de genre et la lutte des classes contribueraient donc à la difficulté éprouvée par les infirmières dans le processus de professionnalisation et dans leur quête d'autonomie professionnelle. Le rang social des médecins a grandement favorisé la reconnaissance de leur savoir et l'érection d'une solide clôture sociale (Ehrenreich, & English, 1983; Freidson, 1984; Goulet, 2002a; Larson, 1988). Avec un modèle axé sur la maladie, la profession médicale a vite pris de l'expansion pour inclure, dans son champ d'expertise, les déviants sociaux définis comme «malades» et pour médicaliser l'expérience de vie telle que la naissance, ce qui, selon Riessman (1983), témoigne du pouvoir de leur clôture sociale.

Leur pratique étant conditionnée pour répondre aux structures et aux besoins des dominants du système (Dallaire, 2002; Goulet, 2002b), les infirmières sont encore à se trouver un corpus de connaissances propre à la spécificité des sciences infirmières car, comme le démontre bien Larson (1988), le savoir, et plus particulièrement le «savoir expert», c'est-à-dire un savoir reconnu socialement comme étant exclusif à une profession, est le vecteur par lequel on peut espérer obtenir l'autonomie professionnelle

et la reconnaissance sociale qu'elle assure. À vrai dire, le savoir appartient à tous et la clôture sociale qu'une profession parvient à ériger via les instances légales lui donne l'autorité sur ce savoir. La reconnaissance qui vient avec l'exclusivité d'un savoir est la clé de voûte qui détermine le rang que les détenteurs de ce savoir pourront occuper dans la division sociale du travail avec, bien entendu, les avantages et bénéfices qui accompagnent ce rang social. Il semble que l'absence d'un savoir expert soit le talon d'Achille de la profession infirmière.

Le savoir expert

Le processus de professionnalisation prend racine dans la production d'un savoir et dans la sanction de ce savoir (Larson, 1988). Le savoir est donc la pierre angulaire du processus de professionnalisation. Ainsi, selon Larson (1988), la professionnalisation se traduit par la transformation de ressources rares (le savoir, la compétence) en un ordre d'un autre niveau (emplois, privilèges professionnels, rang social). Ce processus passe toujours par des études supérieures, c'est-à-dire une institution qui recueille, transmet et produit des connaissances et conduit à l'obtention d'un diplôme. De plus, le contrôle de l'accès à ce diplôme fait partie intégrante du processus de professionnalisation et confère au détenteur le prestige et le rang social auquel un tel diplôme donne droit. La professionnalisation procure donc plusieurs bénéfices sociaux, parmi lesquels figure l'autonomie professionnelle.

L'exclusivité du savoir s'explique par la reconnaissance, par les personnes profanes ou les non diplômées, du savoir que détiennent les experts diplômés. La codification et la normalisation des connaissances permettent de définir un champ de discours auquel ont accès les personnes sélectionnées via les critères d'admissibilité décrétés par les experts et sanctionnés par l'État.

La profession est le lien structurel entre la discipline et son application dans la pratique (Larson, 1988). La discipline fait référence à la perspective ou au contexte dans lequel les phénomènes ou les savoirs seront interprétés (Donaldson & Crowley, 1978). La discipline traduit donc la nature d'une profession. Selon Donaldson et Crowley (1978), la discipline infirmière est donc plus vaste que les sciences infirmières mais moins étendue que la profession infirmière qui, elle, fait référence à la pratique clinique. Le savoir et la production du savoir provenant des sciences infirmières sont déterminés par le champ de discours de la discipline. Les disciplines dites professionnelles ont comme but la production et l'application pratique d'un savoir qui est déterminé par une raison d'ordre social.

Le savoir expert, c'est-à-dire les connaissances pures et idéalistes d'une discipline, est au cœur du champ de discours. Bien que tous puissent se prononcer sur ce savoir, plus le centre a de l'autorité sur la production du savoir, plus le savoir devient exclusif et moins les profanes seront appelés à se prononcer sur ce savoir. La reconnaissance sociale d'une discipline et l'autonomie professionnelle qui en découle se définit donc par la nature et par la structure de son champ de discours, c'est-à-dire par la validité du discours qui provient du centre et par le contrôle qu'exerce le centre sur la périphérie (Larson, 1988). La validité du discours et le monopole de ce discours donne au détenteur le contrôle sur ce savoir, permet de dominer les non initiés et assure un pouvoir d'influence important sur la distribution des ressources.

Ainsi, la difficulté à définir la «nature» des sciences infirmières pourrait avoir amputé la profession de l'autonomie tant prisée et de la reconnaissance sociale qu'elle assure (Dallaire, & Blondeau, 1999; Freidson, 1984; Goulet, 1999, 2002b). En effet, les nombreux discours sur la «nature» des soins infirmiers créent une situation ambiguë au sein même de la profession. En 2000, Lauzon et Pepin constatent que, malgré les multiples recherches, il demeure toujours difficile de préciser la «nature» des soins. Leur recherche a pour but de saisir la «nature» des soins infirmiers en examinant les études

menées entre 1976 et 1996 dans lesquelles différents concepts ont fait l'objet d'analyse en vue de déterminer «l'essence» de la discipline. Les 257 écrits qui composaient leur échantillon ont donné lieu à l'analyse de 275 concepts dont 196 différents! Lauzon et Pepin (2000) ont ensuite regroupé les concepts en cinq catégories. Ces cinq catégories constituent les éléments les plus reconnus comme structurant la substance infirmière. Leur première constatation fait justement référence au grand nombre de concepts analysés qui sont perçus comme étant centraux à la discipline. Lauzon et Pépin (2000) se questionnent à savoir si cela reflète l'étendue de la «nature» des soins ou, au contraire, témoigne de la difficulté à cerner cette «nature». Quoiqu'il en soit, elles avancent que cet état de fait favoriserait la fragmentation du savoir infirmier et nuirait au développement des connaissances. De plus, elles constatent que le concept de l'environnement a fait l'objet de peu de recherches, fait qui étonne étant donné que, depuis l'époque de Nightingale, il a été identifié comme un concept central aux soins infirmiers. Elles concluent que caractériser la «nature» des soins infirmiers s'avère un exercice très complexe. Elles arrivent à en déduire que les concepts «caring» et «expérience de santé» constituent le centre d'intérêt de la discipline. Ceci pourrait être vrai en autant qu'il est permis de croire que tous les concepts se référant à la discipline aient fait l'objet d'analyse, ce que la recherche discutée ne démontre pas du tout.

À elle seule, la recherche effectuée par Lauzon et Pépin (2000) témoigne de la difficulté de circonscrire la spécificité des soins infirmiers. La disparité des concepts qui conduit inévitablement à l'absence de cohésion parmi les autorités au centre du champ du discours infirmier donne aux autorités en périphérie le pouvoir d'influencer l'orientation des soins infirmiers ainsi que les connaissances à développer. Ceci pourrait expliquer les résultats des recherches qui font dire à Dallaire (2002) et Ashley (1973) que les soins infirmiers ont surtout contribué aux médecins et au système de santé plutôt qu'aux besoins de la population. L'ambiguïté qui perdure au sujet de la substance des soins infirmiers détourne la discipline d'une finalité qui refléterait des valeurs infirmières et

prive la profession d'une reconnaissance de sa contribution et d'une autonomie professionnelle auxquelles elle devrait avoir droit.

Ainsi, bien que les infirmières aient choisi la voie de la professionnalisation, la reconnaissance sociale tarde à venir (Carpentier-Roy, 1995; Freidson, 1984; Goulet, 1999). Porter-O'Grady (2000) et Gordon et Nelson (2005) affirment que les infirmières doivent plutôt se centrer sur la reconnaissance des résultats de soins. Comme démontré au début de ce chapitre, la contribution des soins infirmiers au système de santé est bien réelle. Les infirmières doivent donc trouver des moyens efficaces tel l'action politique pour se réapproprier les résultats de soins (Ashley, 1973; Cohen, 1996; Dallaire 2002; Dingel-Stewart, & Lacoste, 2004; Ferguson, & Drenkard, 2003; Lemire-Rodger, 1993; Mason, 1991). Les CII créés en 1991 pourraient s'avérer l'instance politique par laquelle les infirmières pourraient se faire entendre et faire reconnaître les résultats de soins qui découlent de leur pratique et ainsi obtenir la reconnaissance sociale tant désirée. Cette reconnaissance pourrait faire toute la différence dans les rapports de force qui déterminent la façon dont sont distribuées les ressources dans les établissements de santé et ainsi pourrait donner naissance à une pratique de gestion qui prend en compte la contribution des soins infirmiers au système de santé

Le Conseil des Infirmières et Infirmiers

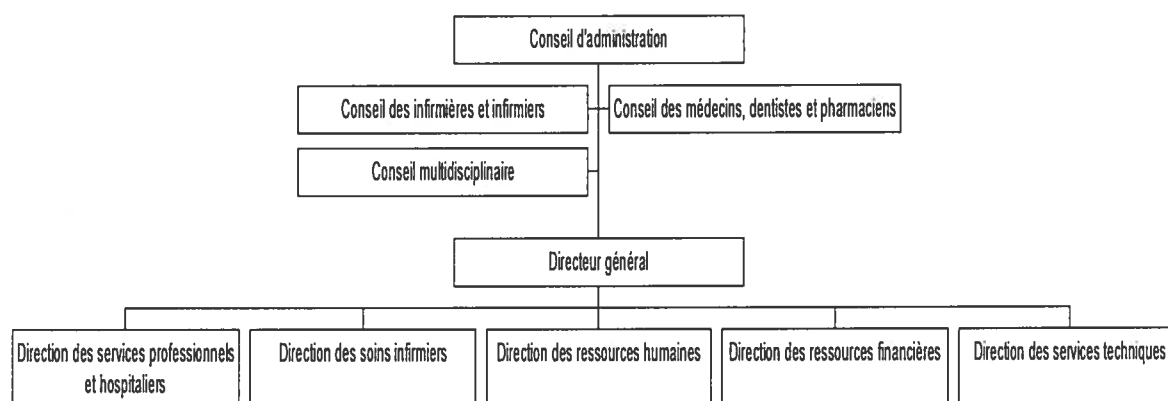
En 1988, la commission Rochon conclut que le système de santé n'est pas sous financé mais aurait plutôt un mode de régulation trop anarchique et que les problèmes sous-tendus sont liés à la gestion, à la dynamique et au fonctionnement du système (Renaud, 1989). La grande question sera de déterminer comment structurer les mécanismes d'allocation des ressources pour que les sommes d'argent ne soient pas investies seulement en fonction de rapports de force (Rochon, 1988). La commission préconise donc une réforme plus axée sur le citoyen et recommande la mise en place de

structures offrant à toutes les personnes et à tous les groupes d'intérêt du domaine de la santé et des services sociaux une nouvelle base de discussion, d'échange et de débat.

C'est dans cette conjoncture politique que, le 4 septembre 1991, furent créés les CII lors de l'adoption formelle de la nouvelle «Loi sur les services de santé et les services sociaux» proposée par le projet de loi 120. Le CII confère aux infirmières une instance consultative parallèle aux conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et aux conseils multidisciplinaires (CM) en ce qui concerne les décisions qui sont prises dans les établissements de santé. Il exerce un rôle conseil auprès du CA et du directeur général (DG) en ce qui a trait à la qualité de la pratique professionnelle (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993). L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2002) ajoute que le CII offre aux infirmières la possibilité de questionner et d'influencer les décisions qui s'imposent concernant l'administration et la gestion des soins dans les établissements de santé.

Ainsi, depuis 1991, tout établissement de santé où exercent au moins cinq infirmières doit légalement instituer un CII dans sa structure organisationnelle. Il relève du CA et c'est la directrice des soins infirmiers (DSI) ou la responsable des soins infirmiers (RSI) qui en assure le bon fonctionnement. Sa position dans l'organigramme lui confère une place stratégique et non négligeable dans l'organisation des établissements de santé (voir tableau 1).

Tableau 1 – Organigramme de la structure organisationnelle avec CII



Ainsi, le CII est responsable envers le CA de formuler des recommandations sur l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers, sur les règles de soins applicables et sur la distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières. Il est aussi responsable de donner son avis au DG sur l'organisation scientifique et technique du centre et sur l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières. Son comité exécutif (CECII) est composé de quatre infirmières élues, la DG, la DSI/RSI et la présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)¹.

Une recension des écrits a permis de trouver cinq ouvrages qui portaient sur les CII. En 1993, l'OIIQ fit paraître un document afin de soutenir les infirmières dans le rôle et les responsabilités des CII. On y retrouve le rôle et le mandat du CII, la composition du CECII ainsi que des exemples de types de gestions et partenariat qui peuvent exister entre le CII et la DSI.

¹ Étant donné qu'il s'agit d'une profession majoritairement féminine, le genre féminin sera utilisé pour désigner les acteurs-clés afin d'alléger le texte.

Aussi, en 2002, Vallières et Mercier, après avoir relaté les actions qui ont mené à la création des CII, font part des résultats d'un sondage mené par l'OIIQ en 2000. Les résultats révèlent que le leadership et le pouvoir décisionnel des CII, des DSI et des RSI se portent "relativement bien" 10 ans après l'instauration des CII. En conséquence, 56% des DSI et des RSI trouveraient facile de remplir leur mandat contre 42% (c'est assez énorme) qui trouvent cela plus difficile. De plus, on y apprend qu'au 31 mars 2001, le Québec comptait 478 établissements de santé, que 11% des répondants n'avaient pas de CII et que 38% disent éprouver de la difficulté à exécuter leur mandat. Aussi, 53% des CII ne disposent d'aucun budget de fonctionnement. Pour les autres, le budget annuel moyen est de 3 928\$ et ils disposent de 199 heures de libération annuellement. Cependant 91,1% des CII ont un support technique de secrétariat. Malgré tout, les CII réussissent à s'engager dans des dossiers importants. En 1999-2000, 66% des CII répondants ont dit avoir ciblé des problèmes ayant un impact sur la qualité des soins, 65% ont participé à des consultations sur des changements organisationnels et 61% ont collaboré à l'instauration de moyens pour favoriser l'amélioration de la compétence des infirmières. Toutefois, les auteures ne fournissent aucune information sur comment le sondage a été mené, les critères de sélection, le type de sondage, le type de questions, le taux de répondants ni sur le devis de recherche.

Deux autres publications ont été réalisées dans le cadre de recherches à la maîtrise. Poirier (1994) a réalisé une étude de situation et a identifié les conditions de succès reliées à l'implantation et au fonctionnement du CII dans un Centre local de services communautaires (CLSC). Des documents explicatifs sur le mandat et le rôle du CII ainsi que sur la situation contextuelle du CLSC furent étudiés. Aussi, un questionnaire sur la mission, la structure, le leadership, les compensations, les relations et les mécanismes de facilitation fut remis à tous les membres du CII. Enfin, des entrevues ont été menées avec les acteurs-clés, soit le président du CA et le DG. Les résultats ont permis d'identifier les convergences et les divergences entre les différents acteurs concernés par l'implantation du CII. Toutefois il est surprenant que la chercheuse n'ait

pas considéré la RSI comme un acteur-clé. Cette omission est assez importante étant donné les responsabilités légales des RSI envers le CII et l'influence qu'elles peuvent exercer sur le CII.

Les objectifs de Lavoie (1997) étaient d'abord d'aider les infirmières à développer des habiletés politiques en leur faisant appliquer la méthode d'analyse et d'intervention politique en santé proposée par Boyer, O'Neill et Gosselin (dans Lavoie, 1997) lors de la fusion de deux CLSC et aussi d'améliorer les habiletés politiques de la chercheuse agissant comme accompagnatrice dans ce processus. C'est au moyen de notes sur l'évolution de la fusion, d'une grille d'auto-évaluation systématique des habiletés de l'accompagnatrice et d'une entrevue sur l'habilitation réalisée auprès des infirmières que les données ont été recueillies. La méthode de Boyer, O'Neill et Gosselin (dans Lavoie, 1997) s'avère être un outil qui prend du temps à appliquer mais qui est efficace dans le développement d'habiletés politiques. Toutefois, la recherche ne démontre pas si les infirmières peuvent mettre à profit les habiletés sans le support de l'accompagnatrice.

Enfin, en 1997, Dallaire a fait une étude dont le but était de produire une analyse politique rétrospective sur les acteurs influents qui ont conduit à l'adoption de la loi 120 et à la création des CII. Avec la grille d'analyse politique d'O'Neill (dans Dallaire 1997) comme cadre de référence, Dallaire (1997) identifie les acteurs impliqués dans l'avènement de ce projet de loi. Elle retient cinq acteurs, soit la centrale syndicale de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Association des directeurs et responsables de soins infirmiers du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Corporation provinciale des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (CPIAQ). Dallaire (1997) procède ensuite à l'analyse politique en quantifiant l'impact de chacun des acteurs à partir des trois paramètres de la grille d'analyse, c'est-à-dire l'attitude, le pouvoir et la priorité. Elle utilise la matrice des alliances telle que proposée par la grille afin de déterminer si les liens entre acteurs ont contribué à augmenter ou diminuer leur

influence dans le dossier. L'analyse de Dallaire (1997) démontre que les DSI et la FIIQ ont offert un faible appui à la création des CII alors que l'OIIQ et le MSSS ont apporté un appui plus considérable. L'OIIQ est l'instance qui a le plus contribué à appuyer la création des CII et ce sont les DSI qui ont le moins contribué. La CPIAQ s'est fortement opposé au projet. Les paires d'acteurs FIIQ-OIIQ et OIIQ-DSI se sont démarquées par leur forte alliance suivies par les paires OIIQ-MSSS et DSI-MSSS. Les alliances ont surtout gravité autour de l'OIIQ étant donné son fort appui au projet. Les plus faibles alliances ont surtout porté autour de la CPIAQ. Selon la chercheuse, la grille s'est avérée un outil utile pour mieux cerner les acteurs et les alliances d'acteurs ayant influencé la mise en place de la loi 120.

Parmi les études recensées, aucune ne faisait référence à l'influence du CII sur la reconnaissance de la contribution des infirmières, ni à l'influence du CII sur les pratiques de gestion.

L'analyse politique qu'a effectuée Dallaire (1997) permet de se rendre compte de l'importance que les infirmières doivent accorder au politique afin d'influencer les décisions prises soit à leur égard ou encore à l'égard de la santé de la population. Le CII est né du politique pour le politique en accordant aux infirmières le droit et l'obligation de se prononcer sur la distribution appropriée des soins, sur les règles de soins, sur l'appréciation générale de la qualité des soins, sur l'organisation technique et scientifique de l'établissement et sur le maintien des compétences professionnelles. Il faut toutefois bien comprendre que le CII est une instance consultative et non décisionnelle. L'implication politique des infirmières est donc primordiale afin que le CII puisse leur servir de voix et influencer les décisions qui prennent en considération la contribution des soins infirmiers. L'action politique des infirmières est essentielle pour que le CII ne soit pas seulement une instance qui donne un droit de participation, mais soit plutôt une arène où peut s'exercer une véritable démocratie, celle où les recommandations se traduisent par des actions concrètes (Godbout, 1983).

Il est donc intéressant de mieux comprendre comment le CII peut influencer politiquement les décisions et ainsi, contribuer à politiser les infirmières, rendre visible leur contribution et enfin, obtenir la reconnaissance sociale à laquelle elles aspirent.

Le politique et le CII

Le politique est un processus dynamique qui ne reflète pas les valeurs et les idéologies d'un seul groupe mais reflète plutôt les changements dans les rapports de force qui sont en place (Forest, 1997).

Gagnon et Dallaire (2002) estiment qu'il y a trois dimensions du politique toutes inter-reliées et sans aucun ordre hiérarchique. Il y a d'abord la dimension des fondements du politique, c'est-à-dire les normes, les valeurs et les choix collectifs sur lesquels on s'appuie pour décider de la distribution des ressources. Ce sont les valeurs fondamentales sur lesquelles s'appuie le système de santé pour structurer l'organisation sociale des soins et services.

Ensuite, il y a la dimension des processus politiques. C'est la dimension où se concrétisent les décisions: qui décide et comment sont distribuées les ressources? Marmor, Barer et Evans (1996) mettent en lumière l'importance du rôle des acteurs influents dans la société qui conditionnent les règlements et les décisions concernant l'allocation des ressources et les priorités sociales en santé. Selon Forest (1997), il n'y a aucun contrat social qui ordonne la négociation entre les acteurs sociaux et ce sont les rapports de force qui vont conditionner la régulation de la distribution des soins et des services dans le système de santé. Pour apporter un réel changement il faut oser prendre des décisions qui appuient les volontés politiques (Evans, & Stoddart, 1996; Marmor, Barer, & Evans, 1996). Pour ce faire, il faut des alliances d'acteurs qui font contrepoids dans les jeux d'influence afin que l'État puisse mettre en place les structures législatives qui s'imposent. La comparaison que fait Tuohy (1999) de trois systèmes de santé

différents démontre aussi très bien que la volonté politique à l'égard d'un changement est conditionnelle aux acteurs influents qui transitent autour du système de santé. Ainsi, les États Unis, la Grande Bretagne et le Canada ont vu leur système de santé se construire et évoluer sous l'influence des différentes valeurs, croyances et idéologies des acteurs qui voulaient servir leurs intérêts aussi bien que ceux de la population en matière de santé.

Ce qui nous amène à l'action politique, soit la dimension à la surface du politique et le lieu où les relations de pouvoir sont mises en scène. C'est dans l'action politique que vont s'établir les rapports de force entre les différents acteurs qui, selon leurs idéologies, leurs valeurs, leurs croyances et leurs intérêts, vont influencer les décideurs dans l'allocation des ressources du système de santé (Evans, & Stoddard, 1996; Marmor, Barer, & Evans, 1996). Ainsi, les normes et les politiques qui construisent le système de santé québécois se déterminent sous l'influence des différents acteurs via leurs actions politiques.

Depuis l'avènement des CII, la loi concède aux infirmières un pouvoir d'influence et un rôle de conseil auprès des directeurs généraux et des conseils d'administration, soit les décideurs dans les établissements publics de santé (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1991). Les infirmières ont donc, via les CII, la possibilité de questionner, de proposer et d'influencer les décisions concernant l'administration et la gestion des soins dans les établissements de santé par rapport à la qualité de la pratique professionnelle (Lemire-Rodger, 2002; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993). Ceci les propulse au cœur de l'action politique. C'est surtout dans cette dimension du politique que les CII se situent, lieu où ils sont le plus en mesure de faire valoir leur pouvoir d'influence sur les acteurs clés qui gravitent autour du système de santé.

Concrètement, les CII devraient influencer les décideurs de leur établissement de santé sur les questions de distribution des soins et de gestion en rapport avec la qualité de la pratique professionnelle. Les infirmières sont placées pour être des acteurs influents au

niveau local et intervenir dans les rapports de force qui se sont stratégiquement mis en place pour influencer les décideurs.

Les établissements publics de santé sont les lieux où se concrétisent les politiques qui découlent des grandes orientations ministérielles. Ainsi, les CII vont donner des avis et faire des recommandations sur les politiques internes qui traduisent les politiques ministérielles dans les établissements où sont dispensés les soins et les services. Les CII seront appelés à se prononcer sur les politiques proposées relatives à la pratique professionnelle. Leur pouvoir d'influence s'exerce donc majoritairement au niveau local et les stratégies qu'ils adoptent vont contribuer ou non à accroître le poids de leurs actions.

Lemieux (1994, 1998) et Sabatier (1993) affirment que différents groupes d'individus vont former des alliances ou des coalitions et joindre leurs efforts pour influencer un secteur particulier de la société. Les CII constituent un groupe d'acteurs clés qui peut solliciter ou qui peut être sollicité pour former de telles coalitions et ce, parmi les acteurs de l'établissement qui auraient des intérêts communs. Ainsi, vont se mettre en place les rapports de force qui s'exercent dans l'action politique et qui vont influencer les décideurs dans la dimension des processus politiques afin que soient adoptées les décisions qui répondent aux valeurs et aux croyances véhiculées par les coalitions les plus influentes.

Donc, le pouvoir d'influence du CII s'étend jusque dans la dimension des processus politiques. Les décideurs devront considérer le poids politique que représente cette influence lors du processus de prise de décision. Les CII sont donc représentés dans le processus de prise de décision dans les établissements de santé selon la puissance de leur influence dans les rapports de force qu'ils pourront établir.

De plus, les CII sont, depuis 2002, appelés à exercer leur influence à un niveau plus étendu. Avec les quatre sièges qu'ils ont obtenus dans les commissions infirmières régionales, les CII peuvent maintenant influencer les décideurs au niveau régional. Ainsi, c'est aussi par leurs actions politiques que les CII, via leurs quatre représentants, contribuent aux processus politiques qui déterminent les orientations et les priorités régionales en matière de distribution des ressources dans le système de santé.

Enfin, de façon très élargie, les CII participent à une troisième dimension du politique, soit la dimension des fondements de l'intervention de l'État. En influençant les décideurs aux niveaux locaux et régionaux, ces mêmes décideurs vont à leur tour influencer les décideurs qui occupent des positions stratégiquement très influentes du système de santé à un niveau provincial ou même fédéral. Les valeurs et croyances des infirmières, par le pouvoir d'influence que leur procurent les CII, pourraient transparaître à différentes étapes du processus de décision et contribuer à donner aux décideurs de multiples perspectives à considérer en ce qui concerne la distribution des ressources.

Maioni (1999) et Forest (1997) sont unanimes à dire que le système de santé est le reflet des normes, des valeurs et des choix collectifs. Ce sont les acteurs en place qui influencent les décideurs des différents paliers gouvernementaux. Les CII sont donc devenus des acteurs qui, par leurs actions politiques, peuvent influencer à différents degrés et à différents paliers les prises de décisions aux niveaux local, régional et provincial. Les alliances et/ou coalitions qu'ils formeront seront importantes dans la mesure où elles pourront contribuer à influencer comment seront distribuées les ressources dans le système de santé.

Théories de référence

La théorie de Kanter

Selon Ashley (1973) et Dallaire (2002), l'absence de pouvoir que disent ressentir les infirmières pourrait s'expliquer par le fait que le pouvoir qu'elles détiennent de fait serait inséré et dissimulé dans les structures organisationnelles. Bien qu'il ne fasse plus de doute que l'action politique soit le moyen à privilégier pour exercer leur pouvoir et faire reconnaître la valeur ajoutée des soins infirmiers au système de santé (Dallaire, 2002; Lemire-Rodger, 1993), les infirmières semblent toujours peu enclines à se politiser (Dallaire, 2002).

La théorie de Kanter (Kanter, 1977/1993) met en relation le comportement des individus et les structures organisationnelles. Pour Kanter (1977/1993), ce ne sont pas que les caractéristiques personnelles qui déterminent le comportement des individus mais aussi les structures organisationnelles dans lesquelles ils évoluent. En effet, ses recherches sur les grandes corporations américaines lui ont permis d'affirmer que les comportements et les attitudes des hommes et des femmes sont aussi conditionnés par la position qu'ils occupent dans la structure organisationnelle de l'entreprise. Les recherches de Kanter (1975, 1977/1993) laissent poindre l'idée que ce ne sont pas les attributs reliés au genre qui influencent la division du travail. Ce seraient surtout les attendus de rôles qui sont conditionnés par la structure organisationnelle dans laquelle évoluent les individus ou les groupes d'individus qui influenceraient le comportement de ceux-ci, en entérinant des politiques et des procédures qui limitent ou renforcent leur pouvoir d'influence sur les décideurs. Le fait que la position occupée par un individu ou un groupe d'individus dans la structure contraigne ou renforce le pouvoir d'influence va se traduire dans la quantité de ressources qui seront mises à sa disposition pour accomplir son mandat dans l'organisation. Ceci, dit Kanter (1977/1993), témoigne du niveau de reconnaissance attribué à la contribution aux objectifs de l'organisation de cet individu ou

groupe d'individus. Concrètement, on pourrait traduire la théorie de Kanter comme suit: le pouvoir génère le pouvoir.

Selon Kanter (1977/1993), la distribution du pouvoir dans l'organisation déterminera quelle personne sera la mieux avantagée pour influencer les décisions. Ainsi, la fonction ou la position occupée par une personne ou un groupe dans l'organisation est directement reliée au pouvoir que celle-ci pourra exercer sur les prises de décisions et ainsi influencer la répartition des ressources disponibles. Dans cette perspective, le pouvoir se définit comme étant l'habileté à faire les choses ou la capacité de produire (*get things done*) (Kanter, 1977/1993). Pour Kanter (1977/1993), le pouvoir est synonyme d'efficience. Il n'est ni dominant ni coercitif, mais fait plutôt référence au niveau d'autonomie qu'il procure en ce qui concerne les ressources disponibles et la concrétisation d'actions efficaces. Le pouvoir est donc un élément important dans la reconnaissance de la contribution d'un groupe dans les prises de décision.

Il y a deux composantes dans la notion de pouvoir tel que décrit par Kanter (1977/1993), soit le pouvoir formel et le pouvoir informel. Le pouvoir formel fait référence à la position occupée dans la structure hiérarchique; il est visible et octroie au titulaire du poste un certain niveau d'autorité ou de discrétion par rapport aux prises de décisions. Le pouvoir informel réfère aux alliances que la personne sera en mesure d'établir avec ses partenaires, aussi bien à l'intérieur de l'organisation qu'à l'extérieur. Le pouvoir qui incombe à une personne proviendra évidemment du pouvoir formel mais aussi via le pouvoir informel, c'est-à-dire par les alliances que cette personne sera en mesure d'établir. Donc, le pouvoir informel est tributaire non seulement de l'habileté des individus à créer des alliances avec des personnes/groupes crédibles et influents, mais aussi de la position occupée dans la structure d'une organisation. Les éléments de la théorie de Kanter sont présentés au tableau 2 (Laschinger, 1996).

Tableau 2 – Théorie de Kanter

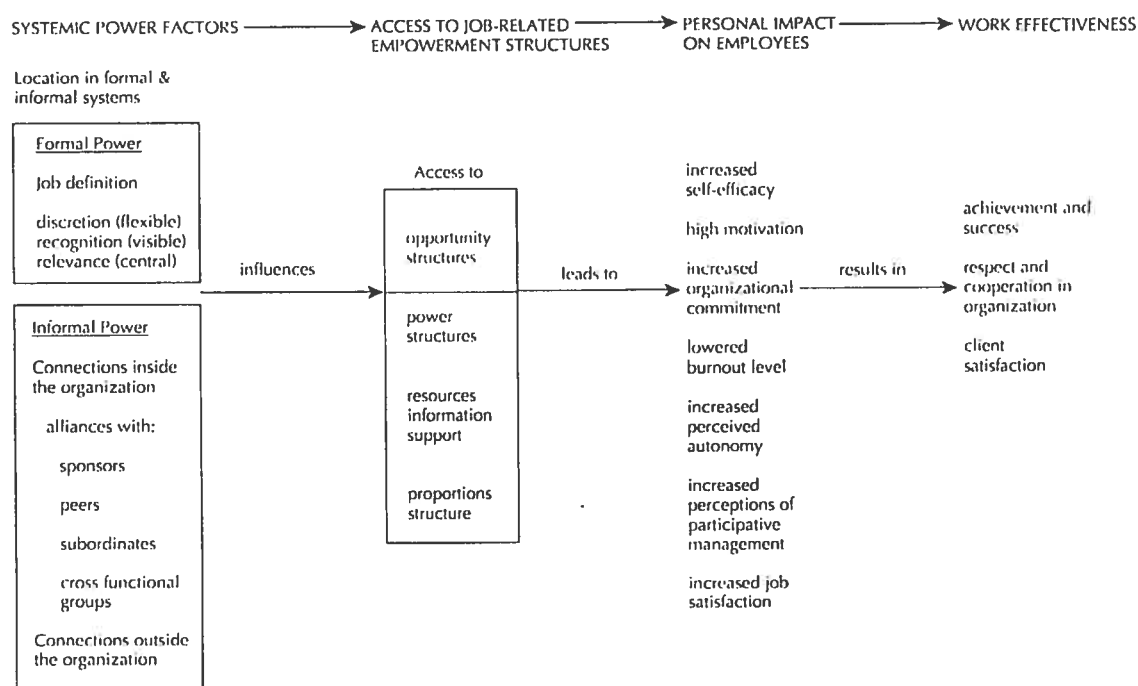


Figure 1. Relationships of concepts in Kanter's Structural Theory of Power in Organizations.

À travers ses recherches, Kanter (1977/1993) a identifié trois variables centrales à la dimension de pouvoir qui, selon elle, peuvent expliquer le comportement des individus dans les organisations. Ces trois variables sont: la structure de pouvoir, la structure d'opportunité et la structure des proportions. Ces trois structures sont la pierre angulaire de sa théorie sur le comportement humain dans les organisations.

La structure de pouvoir provient de trois sources spécifiques: source d'information, source de support et source d'approvisionnement. Pour connaître «l'autonomisation» (traduction de l'institut de la langue française de *empowerment*), un individu doit d'abord avoir accès aux connaissances techniques et théoriques nécessaires pour bien s'acquitter de sa tâche. Mais il doit aussi avoir accès à l'information concernant l'ensemble de l'organisation afin de bien saisir les enjeux et prendre des décisions

appropriées. Une personne doit aussi pouvoir obtenir le soutien de ses pairs et/ou de ses supérieurs ou encore, de toute personne qui puisse l'encourager et la guider à travers son ascension professionnelle et administrative au sein de l'organisation. Être remarqué et soutenu par une personne influente peut devenir un élément de renforcement positif pour un individu. Il en résulte une motivation pour que se développe le plein potentiel de cette personne, ce qui bénéficie autant à l'individu qu'à l'organisation. Un bon réseau de soutien s'accompagne habituellement d'un certain niveau de discrétion par rapport aux prises de décision et est donc une source importante d'acquisition de pouvoir. Enfin, pour être efficace et efficient dans son travail, il faut avoir accès à des ressources matérielles et financières ainsi qu'à un minimum de récompense/reconnaissance.

La structure d'opportunité fait appel aux conditions et aux chances qui permettent de développer le savoir et les habiletés des individus dans une perspective d'avancement professionnel. Selon Kanter (1977/1993), plus le niveau d'opportunité est élevé, plus le sentiment d'appartenance envers l'organisation est grand. Il influence directement le niveau de motivation et d'engagement professionnel. Il en résulte des individus qui auront une approche proactive et novatrice dans la résolution de problèmes. En revanche, les personnes occupant un poste ou une fonction où l'accès à la structure d'opportunité est presque nul se sentiront «comme dans un cul de sac» avec peu d'espoir d'avancement, et elles adopteront un comportement qui montre de la démotivation, de la méfiance envers l'organisation et de la résistance aux changements. Peu inspirées par leur travail, ces personnes rechercheront le soutien de leurs pairs et de groupes à l'extérieur du milieu de travail, se désengageant ainsi de l'organisation.

Ainsi, quand l'accès aux ressources, à l'information, au réseau de soutien et aux sources d'opportunités est refusé ou limité, il en découle un sentiment de «désautonomisation» (*disempowerment*), c'est-à-dire un sentiment d'être victime d'une situation que l'on ne peut changer et de n'avoir aucune influence sur les prises de décisions, donc aucun pouvoir. Ceux qui subissent une telle situation se sentent pris au

piège et développent un sentiment de désespoir et d'échec qui naît avec la certitude qu'il y a peu de chance pour que leur situation change. Ils adopteront des comportements qui reflètent du ressentiment et de la frustration. Parallèlement, les personnes qui connaissent «l'autonomisation» auront le sentiment d'avoir un contrôle sur les événements et sur les conditions qui sont souhaitables et nécessaires pour que leurs actions soient fructueuses et contribuent à améliorer l'efficacité et l'efficience de l'organisation. Les personnes qui ont accès aux structures de pouvoir et d'opportunité seront motivées et agiront comme des agents motivateurs et des agents «d'autonomisation» en partageant ce pouvoir avec autrui, soit leurs pairs ou encore leurs subordonnés.

Enfin, la structure de proportion fait référence à la composition sociale des personnes qui évoluent selon les caractéristiques telles que le genre, la race, le statut social ou encore, selon la fonction ou la position organisationnelle. Dans cette perspective structuraliste, les organisations, à l'instar des classes sociales, sont vues comme des unités sociales complexes où plusieurs groupes interagissent entre eux. Les individus d'une organisation vont se subdiviser en différents groupes ou strates déterminés par la fonction occupée au sein de l'entreprise. Chaque groupe peut avoir sa propre hiérarchisation à l'intérieur de la structure, être régi par des règles inhérentes aux valeurs, culture et style des membres du groupe, et peut même adopter un code vestimentaire et un code d'éthique qui reflète ces valeurs particulières.

L'organisation sera donc conditionnée par la somme des groupes qu'elle abrite, par leur niveau de pouvoir, leur fonction et leur position hiérarchique respectifs ainsi que par les alliances que ces groupes formeront entre eux. Les groupes qui ont la main mise sur une grande source de pouvoir seront dans une position favorable pour influencer et imprégner de leurs valeurs et de leur culture les prises de décision de l'organisation. De plus, le rang social des membres d'un groupe peut se traduire par la reconnaissance de ce statut au sein de l'entreprise. Une personne occupant un rang social élevé verra les privilèges liés à ce statut se traduire dans la position qu'elle occupera au sein de

l'organisation. La fonction qu'on occupe dans la structure est donc importante parce qu'elle détermine la classe ou la strate à laquelle un individu appartiendra dans l'organisation. La nature de l'organisation sera déterminée par le nombre total de strates qu'elle héberge et par la façon dont vont s'articuler les relations formelles et informelles entre ces strates.

La division sexuelle du travail a socialisé les femmes à accomplir des tâches différentes de celles des hommes. Ceci est un phénomène connu. Toutefois, Kanter (1975) croit que pour bien comprendre la position et le comportement des femmes dans les organisations, on doit non seulement définir leurs fonctions/tâches, mais on doit aussi comprendre comment elles vont s'allier aux autres groupes. On doit comprendre quelle sera la nature de ces relations et, surtout, comment cette dynamique s'insère dans l'ensemble de l'organisation. Dans cette perspective structuraliste, les femmes occupent majoritairement des postes ou des fonctions qui donnent peu d'accès aux différentes structures qui déterminent le pouvoir (Kanter, 1975). Ses recherches ont permis d'émettre l'hypothèse que la différence entre les groupes de femmes et les groupes d'hommes résiderait principalement dans leur attirance pour les relations interpersonnelles et leurs aspirations professionnelles. On est tenté d'expliquer le phénomène par la socialisation des femmes et l'attribution de rôles dits féminins. Toutefois, il se peut que la socialisation des genres soit, en fait, une réponse à une contingence structurelle dans l'organisation sociale limitant les opportunités qui s'offrent aux femmes. Celles-ci auraient adopté un comportement incité par la structure dans laquelle elles ont été intégrées et qui les obligeait à dépendre de relations interpersonnelles pour gravir l'échelle sociale.

Toutefois, Bourdieu (1998), Ehrenreich et English (1983), Lamoureux (2001) et Larson (1988) rappellent que les valeurs qui sous-tendent la structure sociale sont à domination masculine, ce qui limite la théorie de Kanter qui exclut le genre en ce qui concerne les comportements et attitudes. Mais Kanter (1977/1993) reconnaît aussi une certaine limite à sa théorie. Elle déclare que la personne conserve toujours une marge de

manœuvre qui traduit le libre choix de chaque individu à exercer ce pouvoir que lui accorde la structure. Ainsi, les CII pourraient détenir une position stratégique dans l'organisation avec une structure de pouvoir de haut niveau sans que les infirmières s'impliquent nécessairement.

Le contexte socio-économique actuel et l'espoir que les infirmières puissent être politisées et prendre part aux prises de décisions à l'égard du système de santé ont inspiré Laschinger, professeure à l'University of Western Ontario, à appliquer la théorie de Kanter dans le cadre de ses recherches afin de démontrer le lien entre la structure organisationnelle des établissements de santé et le comportement de «désautonomisation» des infirmières. Ses recherches lui ont permis d'affirmer que la théorie de Kanter offre un cadre de référence qui permet d'examiner les facteurs organisationnels qui influencent le comportement des infirmières dans leur milieu de travail (Laschinger, 1996). L'intérêt particulier de Kanter au sujet de la place réservée aux femmes dans les organisations rend sa théorie particulièrement intéressante dans le cadre de recherches sur le comportement des infirmières en réponse aux structures organisationnelles de notre système de santé. Selon Laschinger (1996), ceci peut inciter à des changements dans la gestion des soins infirmiers qui favoriseraient une meilleure utilisation des ressources. En guise d'appui, Laschinger (1996) fait une recension des écrits portant sur les recherches impliquant les soins infirmiers où la théorie de Kanter fait office de cadre de référence. Bien qu'il existe peu d'études se penchant sur le phénomène de la relation entre l'environnement de travail et la «désautonomisation» des infirmières dans un cadre purement théorique, Laschinger parvient à recenser trois thèses doctorales qui traitent du sujet. Celles-ci appuient la théorie de Kanter voulant que les variables structurelles influencent le comportement des infirmières dans les milieux de travail. De plus, avec son équipe Laschinger (1996) a conduit maintes recherches qui appuient aussi la théorie de Kanter. Elle est l'instigatrice de plusieurs instruments de mesure qui permettent d'évaluer la perception du pouvoir formel et informel tel que décrit par Kanter.

Ainsi la théorie de Kanter offre un cadre intéressant pour étudier la situation des infirmières dans le système de santé québécois. Les éléments de la théorie de Kanter serviront donc dans le cadre de cette recherche afin de comprendre comment le CII s'insère dans la structure organisationnelle d'un centre hospitalier. En somme, la théorie de Kanter devrait nous éclairer sur l'effet politisant du CII et déterminer dans quelle mesure son pouvoir formel et son pouvoir informel influencent sa position dans la structure de pouvoir, la structure d'opportunité et la structure des proportions.

Les alliances telles que définies par O'Neill, Boyer et Gosselin

Les alliances sont un élément essentiel en ce qui a trait au pouvoir informel de la théorie de Kanter. Celles-ci seront déterminantes dans les stratégies d'interventions qu'adopteront différents groupes ou personnes afin d'exercer leur pouvoir d'influence sur les prises de décision.

La méthode d'analyse et d'intervention politique d'O'Neill, Boyer et Gosselin (1997) se veut un outil permettant l'analyse d'une problématique ou d'une situation d'ordre politique, ainsi que le développement de stratégies qui facilitent et guident les acteurs dans leurs interventions auprès des instances décisionnelles. Cet outil comprend trois phases: choix d'un sujet d'intervention, analyse de l'environnement politique de l'intervention et planification de la dimension politique de l'intervention. Les trois phases se subdivisent en 14 étapes. Pour les besoins de cette étude, seule la phase deux, soit l'analyse de l'environnement politique de l'intervention, sera utilisée afin de caractériser l'élément alliance de la théorie de Kanter. C'est à la phase deux que sont identifiés les différents acteurs qui gravitent autour du projet politique où le poids politique de chacun des acteurs identifiés sera documenté et quantifié afin de déterminer la position politique du groupe dans la faisabilité des interventions projetées.

Ainsi, les acteurs sont identifiés à partir des critères suivants, soit leur autorité légale dans le contexte et la possession d'une influence susceptible d'empêcher ou

favoriser la mise en œuvre des interventions. Pour chaque acteur retenu, le chercheur quantifie ensuite son poids politique par rapport au projet en quantifiant, au moyen d'une échelle de +5 à -5 (0 = neutre), l'attitude de l'acteur face à l'intervention projetée, le pouvoir politique de cet acteur à bloquer ou faciliter la mise en œuvre de l'intervention et la priorité de l'intervention pour chaque acteur. La grille produit ensuite une série de calculs qui éclairent le groupe qui effectue l'exercice sur sa position politique et l'aide à déterminer le degré de probabilité de succès de ses interventions.

En l'occurrence, la grille d'O'Neill, Boyer et Gosselin (1997) a servi à identifier les alliés potentiels du CII qui devaient par la suite faire l'objet d'entrevues dans le cadre de cette recherche.

La méthodologie

Cette recherche se veut une étude qualitative. Elle permet d'abord d'analyser le pouvoir d'influence d'un CII dans un établissement public de santé. Elle permet également de connaître le degré auquel cette instance agit comme levier politique dans la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers au système de santé. Enfin, elle démontre que le CII pourrait effectivement être une arène politique par laquelle les infirmières seraient en mesure d'influencer les décideurs et d'ainsi favoriser une pratique de gestion qui témoigne de leur contribution. La nature du sujet étudié se prête bien à l'étude de cas. Le présent chapitre décrit plus précisément le devis de recherche, les propositions de l'étude, l'unité d'analyse, les méthodes de collecte des données et les critères d'analyse.

Le devis de recherche

Comme le mentionne Yin (2002), l'étude de cas est à privilégier lorsque la recherche invoque des questions concernant le «pourquoi» et le «comment» d'un phénomène et lorsque le sujet à l'étude ne peut être dissocié de son contexte. À la lumière de la théorie de Kanter (1977/1993), le sujet de cette étude, soit le pouvoir d'influence du CII, est directement influencé par la structure organisationnelle de l'établissement de santé dans laquelle l'instance évolue. La nature «explicative» des questions de recherche, l'indissociabilité du sujet et de son contexte ainsi que la nouveauté du sujet à l'étude, sont les raisons invoquées pour justifier une étude de cas qualitative.

Vu les limites de temps et considérant les objectifs visés par les études à la maîtrise, il a été décidé de procéder avec une recherche de type «cas unique». Le croisement de cas multiples aurait évidemment renforcé ce devis en permettant la généralisation des résultats de recherche. Cependant, le devis fut néanmoins rigoureusement planifié, ce qui, selon Yin (2002), permet de renforcer le procédé empirique de l'étude. Ainsi, les cinq composantes de l'étude de cas, soit le devis de recherche, les propositions de l'étude, l'unité d'analyse, les méthodes de collectes de

données et les modes d'analyse ont été rigoureusement respectés afin que les résultats soient conformes aux critères de scientificité.

La proposition

Dans une étude de cas, les hypothèses de recherche sont remplacées par des propositions théoriques. Pour cette étude de cas, une seule proposition a été formulée.

Proposition:

La perception du pouvoir d'influence formel et informel du CII est directement reliée à la position qu'occupent les acteurs dans la structure de pouvoir, dans la structure d'opportunité et dans la structure des proportions, tel que stipulé par la théorie de Kanter.

Cette proposition se devait d'apporter des éléments pouvant répondre aux trois questions initiales posées en fonction de l'objectif de la recherche. D'abord, il est évident que celle-ci répond à la première question qui porte sur la perception du rôle politique du CII dans l'établissement de santé où a été conduite cette recherche.

La deuxième question était directement liée à la théorie de Kanter. La proposition permet d'y répondre car les résultats, comme il sera constaté au chapitre 4, appuient le cadre de référence.

Enfin, cette proposition a aussi permis de répondre à la troisième et dernière question, soit celle de savoir si le CII favorise ou non la reconnaissance de la contribution des infirmières. En effet, selon Kanter (1977/1993), un individu ou un groupe d'individus sera reconnu dans la mesure où il occupe, dans les structures organisationnelles, une position qui lui accorde un certain niveau de pouvoir formel et/ou informel. Plus le

niveau de cette position est élevé, plus le pouvoir formel et/ou informel sera important. Ce pouvoir sera récompensé par le degré d'influence qu'il permettra d'exercer sur les prises de décisions relatives à la distribution des ressources. Ainsi, tel que mentionné par Desrosiers (2003), les pratiques de gestion actuelles ne tiennent pas compte des nombreuses contributions des soins infirmiers au système de santé, ce qui témoigne de sa non reconnaissance professionnelle. Cette situation changera dans la mesure où les infirmières pourront exercer leur pouvoir d'influence sur les décisions qui ont trait à la gestion des soins infirmiers. La position qu'occupe le CII dans la structure est garant du degré de pouvoir d'influence qu'il exercera sur les prises de décisions portant sur la gestion des soins. Si cette position est élevée, il sera donc permis de croire que le CII favorise la reconnaissance de la contribution des infirmières au système de santé québécois. L'étudiante chercheuse considère qu'une demande d'avis ou d'une recommandation au CII est une forme de reconnaissance et ce, que l'avis ou la recommandation soient ou non retenus dans les prises de décisions. Or, le CII à l'étude a produit des avis et des recommandations dont certains furent pris en considération. Ceci constitue donc une forme de reconnaissance de la part de la direction. Toutefois, le niveau de pouvoir qu'accorde la structure organisationnelle au CII est un facteur important dans la détermination du degré d'influence que pourra exercer l'instance professionnelle, comme il sera démontré au chapitre 4.

L'unité d'analyse

L'unité d'analyse de cette étude est le CII. Toutefois, il faut se rappeler que le CII comprend l'ensemble des infirmières à l'emploi de l'établissement de santé et que ses représentants sont les membres du CECII. Donc, le CECII ainsi que l'ensemble des infirmières qui exercent au CHNM sont considérés comme faisant partie intégrante de l'unité d'analyse.

Critères de sélection

Certains critères se devaient d'être respectés pour la sélection du CII qui ferait l'objet de cette recherche. Compte tenu qu'aucune recherche portant sur l'étude du pouvoir d'influence du CII n'est recensée, l'étudiante chercheuse a dû se référer à sa propre expérience du CII pour établir les critères de sélection. Dans un premier temps, le CII devait être celui d'un centre hospitalier d'au moins 200 lits et situé au nord de Montréal. Le choix de ce critère était justifié par le fait que l'étudiante chercheuse a acquis toute son expérience dans un centre ainsi composé et qu'elle a une bonne connaissance de la situation sociodémographique de la région située au nord de Montréal et des enjeux sociopolitiques qui y prévalent. Cela lui permettait de mieux planifier les méthodes de la collecte des données et de déterminer les éléments à recenser. Un autre facteur important est que ce territoire comprend un nombre suffisant de centres hospitaliers de plus de 200 lits pour que l'échantillonnage soit significatif et que la confidentialité dans le choix de l'établissement soit assurée.

Par la suite, le CII sélectionné se devait d'être actif dans l'organisation et les critères doivent en témoigner. Ainsi, le CII devait tenir un minimum de neuf réunions annuellement et avoir produit par écrit au moins un avis ou une recommandation dans les deux dernières années. Finalement, sa présidente devait avoir été membre du comité exécutif du CII depuis au moins deux ans, temps jugé nécessaire, selon l'expérience personnelle de l'étudiante chercheuse, pour que cette personne puisse bien connaître les rouages des politiques internes, les enjeux de l'organisation et les dossiers prioritaires et bien saisir le rôle et le mandat du CII.

Sélection du CII

Le CII sélectionné est situé au CHNM (nom fictif) qui se veut un établissement de santé multivocationnel issu d'une première fusion de trois établissements.

L'établissement compte 306 lits de santé physique et psychiatrique, 454 lits de longue durée physique et psychiatrique et une salle d'urgence.

Cependant, au moment de l'étude, la mise en application de la loi 25¹ était en cours et le CHNM venait de se fusionner avec plus de 20 installations du territoire pour former un centre de santé et de services sociaux (CSSS). L'établissement nouvellement constitué en était encore à régulariser sa structure administrative et bien que l'ensemble des CII de toutes ces installations ne fussent pas encore fusionnés, le processus devait débiter sous peu. Ce facteur a créé une pression importante lors de la réalisation de cette recherche. En effet, plusieurs des CSSS de la région située au nord de Montréal avaient déjà enclenché un processus de fusion au niveau des CII. Heureusement, au CHNM ce processus n'avait pas encore débuté. Ainsi, le CII sélectionné représentait toujours la portion CHNM de ce CSSS, les autres établissements étant toujours représentés par leurs CII respectifs.

De plus le CII du CHNM répondait aux critères de sélection. On y avait tenu au moins neuf réunions par année et ses membres avaient produit plusieurs avis et recommandations écrits et verbaux au cours des deux dernières années. Par ailleurs, sa présidente du moment siégeait au comité exécutif du CII (CECII) depuis trois ans, dont deux à titre de présidente.

Après avoir vérifié que le CII répondait aux critères de sélection, l'étudiante chercheuse a contacté la présidente du CII par appel téléphonique. Le projet de recherche lui fut expliqué et l'étudiante chercheuse a été invitée à une réunion informelle du CECII pour présenter officiellement le projet à l'ensemble des membres du CECII, réunion à laquelle était aussi présente, sur invitation de la présidente, l'adjointe à la direction de la

¹ Il s'agit de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux», présentée comme projet de loi 25 et devenue L.Q. 2003, chapitre 21, puis L.R.Q., chapitre A-8.1. On l'appelle communément "loi 25".

qualité et des soins infirmiers (DQSI)¹. Le projet de recherche y fut exposé ainsi que le but, les objectifs, le devis et les différentes méthodes de collecte de données qui seraient utilisées. L'objectif premier de la rencontre était d'obtenir un consentement libre et éclairé des membres du CECII. La participation devait se faire sur une base volontaire, appropriée ici, compte tenu du sujet «délicat» de l'étude qui risquait de mettre à jour des mécanismes de pouvoir méconnus.

Le CECII a fait part à l'étudiante chercheuse de sa volonté de participer par écrit à la recherche. En conséquence, un appel téléphonique fut logé au DQSI afin d'obtenir aussi son consentement. C'est finalement via un message courriel que le consentement du DQSI fut obtenu. C'est aussi ce dernier qui a avisé du projet la direction générale et qui a présenté l'étudiante chercheuse. Une demande de rencontre avec la DG a été faite. L'établissement, dont le répondant était la DG, était invité à s'engager dans le projet de recherche en signant une lettre d'entente. Cette lettre décrivait clairement les buts de l'étude et autorisait la divulgation des résultats de recherche tout en respectant les questions éthiques (voir appendice A). L'horaire chargé de la DG a fait en sorte que la rencontre prévue pour la signature du contrat n'a jamais pu avoir lieu. Ces démarches se sont étalées sur plusieurs semaines et le consentement écrit, remis à la DG par l'entremise de sa secrétaire, fut finalement signé la veille de la dernière réunion officielle du CECII tel qu'il existait avant la mise en application de la loi 25. Les communications avec le DQSI et la DG ont toutes eu lieu entre l'étudiante chercheuse et les secrétaires de ces deux directions et l'adjointe à la DQSI. À la demande de la DG, l'étudiante chercheuse a aussi signé un document l'engageant à respecter la confidentialité exigée par la loi.

¹ Il faut mentionner que le CSSS nouvellement créé venait de modifier la structure organisationnelle du CHNM et que la direction des soins infirmiers avait fait place à la direction de la qualité et des soins infirmiers.

Les méthodes de collecte des données

La diversité dans les méthodes de collecte des données permet la triangulation méthodologique qui accroît la validité de l'étude (Burns, & Grove, 2001). Ainsi, dans le cadre de cette recherche, quatre méthodes de collecte des données ont été privilégiées.

Analyse documentaire

Le développement socio-économique de l'établissement ainsi que le contexte sociopolitique ont d'abord été étudiés pour saisir les orientations et les enjeux prioritaires qui pourraient influencer les décideurs dans leurs stratégies de gestion et dans les prises de décisions. Un guide, élaboré par l'étudiante chercheure, l'a aidé dans sa démarche. (voir appendice B)

Certains documents, tels que le rapport annuel 2002-2003, "Mission, vision et valeur de l'établissement", la composition du conseil d'administration, le journal hebdomadaire du CHNM pour six semaines consécutives ont été recensés. L'ensemble de ceux-ci ont aidé l'étudiante chercheure à s'imprégner de la culture de l'établissement et de ses enjeux. Cette analyse documentaire a précédé les entrevues.

Une deuxième analyse documentaire a été effectuée à partir des procès-verbaux du CII et de son dernier rapport annuel. Une attention particulière a été apportée à toute la correspondance interne relative aux avis ou recommandations du CII ainsi qu'aux situations manquées, c'est-à-dire les situations où un avis aurait pu ou dû être demandé ou offert. L'analyse de ces documents fut effectuée de façon concomitante avec les entrevues. La présidente du CII a présenté et commenté verbalement tous les documents remis, permettant ainsi à l'étudiante chercheure d'être saisie du contexte qui entourait la demande d'avis et de comprendre ce qui sous-tendait les avis et recommandations émis

par le CII. Cet échange concomitant à l'analyse s'est avéré une source riche d'informations.

Observation directe de réunions du CECII et du CA

L'observation directe rend possible une meilleure compréhension des actions préalablement observées. Le rôle de l'observatrice doit permettre l'appréciation des situations les plus significatives de la façon la plus exhaustive, la plus fiable et la plus conforme possible à l'éthique (Laperrière, 1997). L'observation directe fut faite ouvertement, c'est-à-dire non dissimulée aux acteurs. Selon Laperrière (1997), ceci permet une plus grande collaboration avec les acteurs dans l'application des autres méthodes de collecte des données. De plus, cette façon de faire minimise les risques reliés aux questions d'éthique. Toutefois, cela a aussi le désavantage de placer les acteurs dans une situation de vulnérabilité face à la confidentialité due à «l'intrusion d'une personne de l'extérieur», ce qui pourrait diminuer la fiabilité des informations obtenues. L'observatrice se devait donc d'adopter une attitude neutre dans les jeux des intérêts et créer une atmosphère de confiance avec les personnes de l'environnement sous observation. Enfin, un guide d'éléments d'observation a été dressé afin de faciliter l'observation sur le terrain (voir appendice C).

Une première observation directe d'une réunion du CA et d'une réunion du CECII a été effectuée en respectant les principes ci-haut mentionnés. L'observation directe de ces réunions a été faite avant la tenue des entrevues. Ceci était jugé nécessaire afin que, dès son arrivée sur le terrain, l'étudiante chercheuse puisse avoir un aperçu général des rapports de force entre les acteurs. Ainsi, les alliances entre les acteurs, les dossiers significatifs en cours et les enjeux politiques figuraient parmi les éléments à observer. L'enregistrement des observations fut effectué par une prise de notes concrètes, descriptives et neutres sur le vif. Les éléments significatifs ont été relevés afin de traduire le plus fidèlement possible la situation sous observation. Les abstentions ont aussi été notées.

La retranscription des notes prises fut effectuée dans les plus brefs délais suivant l'observation, afin que la situation soit décrite de façon plus exhaustive dans toutes les dimensions et le plus fidèlement possible (mémoire oblige!). Ces notes s'accompagnent d'un plan et d'une brève description des lieux physiques et de la position spatiale des acteurs. Le but était d'être le plus concis possible tout en respectant les propos, afin de diminuer les biais d'interprétation et de perception. De plus, ces notes ont été annexées de mémos et d'interprétations analytiques de l'observatrice qui font état de ses réflexions et de ses intuitions face à la situation vécue. Ceci est important car c'est essentiellement la construction de l'analyse théorique de la situation à l'étude fondée sur les observations: la chercheure commence à faire des liens entre la théorie et les situations observées. Cette étape peut s'ouvrir sur de nouvelles pistes d'observation ou d'informations à recueillir.

Il avait été envisagé qu'une deuxième observation directe de réunions du CA et du CECII serait effectuée à la fin des entrevues semi-dirigées. Ceci devait permettre de vérifier la justesse des informations reçues lors des entrevues et de l'analyse documentaire. Comme mentionné, l'organisation avait déjà procédé aux réaménagements de sa structure administrative. Or, les délais de consentement ont été tels qu'au moment du début de l'étude, la direction avait déjà signalé à l'ensemble des CII du CSSS de procéder à leur restructuration et de ne constituer qu'un seul CII. L'étudiante chercheure a donc observé la dernière réunion officielle du CECII tel qui avait existé au CHNM. En conséquence, il devint impossible de procéder à la deuxième observation qui devait avoir lieu à la fin des entrevues.

Il en fut de même pour l'observation de la réunion publique du CA. L'étudiante chercheure a assisté à la dernière rencontre de l'année et les séances publiques ne reprenaient que trois mois plus tard. Attendre aurait occasionné des délais importants dans le déroulement de la recherche. Ainsi, une seule observation d'une séance publique du CA fut effectuée.

Cependant, à la lumière des données recueillies et de l'analyse qui en découle, l'étudiante chercheuse est d'avis que ces deux observations qui n'ont pu être faites, tant quant aux séances du CECII qu'à celles du CA, n'auraient probablement produit que peu ou pas d'éléments nouveaux ou supplémentaires, eussent-elles été effectuées.

Entrevues semi-dirigées

Après avoir observé une première réunion du CECII et du CA, l'étudiante chercheuse a poursuivi avec des entrevues semi-dirigées. L'entrevue semi-dirigée est à privilégier lorsque l'on souhaite dégager une compréhension approfondie d'un phénomène et rendre explicite la perspective de l'autre (Savoie-Zajc, 1997). Ceci permet la révélation de ce qui ne peut être observé: les sentiments, les pensées, les intentions et la compréhension des comportements antérieurs ou actuels en lien avec le sujet à l'étude. En somme, l'entrevue, selon Savoie-Zajc (1997), donne accès à l'expérience humaine. L'entrevue est donc riche en détails et en descriptions. L'entrevue semi-dirigée offre au chercheur la souplesse nécessaire afin de pouvoir adapter le plan de l'entrevue pendant son déroulement pour tenir compte du récit de la personne interrogée et bien comprendre sa perspective en regard du phénomène à l'étude.

Cependant, l'entrevue comporte aussi ses limites. Ainsi, dans un désir de plaire ou de vouloir aider le chercheur, la personne peut ajuster consciemment ou inconsciemment ses propos. Aussi, le participant peut ne pas divulguer certaines informations par peur de représailles ou par peur d'être jugé ou bien encore parce que le sujet est tabou. La crédibilité des conclusions de l'étude s'en trouve donc diminuée. La rigueur est alors tout indiquée afin de préserver, autant que faire se peut, les critères de scientificité.

Les sujets qui ont participé aux entrevues ont été sélectionnés parmi les acteurs-clés influençant les prises de décisions dans un établissement public de santé à partir de la grille d'analyse de O'Neill, Boyer et Gosselin dont la méthode d'application a été

exposée précédemment aux pages 42 et 43. Le fait qu'il semble n'y avoir aucune autre recherche sur le sujet à l'étude et que la grille d'analyse politique ait été jugée par Dallaire (1997) et par Poirier (1994) comme étant un outil utile pour l'analyse politique justifie cette démarche. Cette grille sert à optimiser les critères de scientificité de l'étude, tout en offrant différentes perspectives du pouvoir d'influence du CII. Ainsi, la présidente du CII, le président du CM, le président du CMDP, la DG, la DSI, la présidente du CA et l'infirmière qui siège au CA furent les acteurs identifiés par la grille d'analyse politique de O'Neil, Boyer et Gosselin (1997) comme étant les acteurs les plus significatifs et les plus susceptibles d'appuyer ou de s'opposer au CII dans la réalisation de son mandat. Toutefois, au moment de l'étude, le siège de la représentante des infirmières au CA était vacant. Le ministre de la santé n'avait toujours pas nommé de candidate parmi les noms qui lui avait été soumis.

Ainsi, six participants ont pris part aux entrevues. Ils avaient tous reçu une lettre d'information au sujet de la recherche (voir appendice D) quelques semaines avant le début des entrevues. Le but de la recherche, la durée des rencontres et les questions éthiques y étaient présentées. La participation s'est effectuée de façon volontaire. L'étudiante chercheuse a contacté les participants par téléphone afin de fixer un rendez-vous selon leur convenance. Les participants ont été rencontrés sur leur lieu de travail dans un local privé.

Des rencontres d'environ une heure ont été menées et enregistrées sur magnétophone avec l'accord des participants. Avant le début des entrevues, l'étudiante chercheuse vérifiait si le participant avait des questions au sujet de la recherche et réitérait le fait qu'il pouvait mettre fin à l'entrevue à tout moment. Une lettre de consentement était signée par les deux parties avant le début de l'entretien et une copie était remise au participant (voir appendice E). Un guide d'entrevue avait préalablement été élaboré en tenant compte des éléments de la théorie de Kanter afin de guider l'étudiante chercheuse

lors des entrevues (voir appendice F). Ce guide a été validé par le professeur qui dirige l'étudiante dans le cadre de ce programme d'étude.

Toutes les entrevues ont été retranscrites intégralement. Une copie de la retranscription de leur entrevue a été acheminée à tous les participants afin qu'ils puissent valider l'exactitude du contenu. Ils étaient invités à communiquer avec l'étudiante chercheuse si les propos ne leur semblaient pas conformes ou s'ils voulaient apporter des modifications. Cette démarche était importante afin que les critères de validité soient respectés. Fait à noter, il n'y eut aucune demande de correction ni de modification de la part des participants.

Notes de terrain

La dernière méthode de collecte des données consistait en la prise de notes de terrain par l'étudiante chercheuse et ce, dès le premier contact avec le CII. Ces notes subjectives comportent les réflexions, les questionnements et les inquiétudes de l'étudiante chercheuse tout au long du processus de recherche sur le terrain. Ceci est nécessaire afin de mieux contrôler les biais possibles d'interprétation et de perception qui pourraient survenir étant donné l'étroite relation qu'a l'étudiante avec le sujet à l'étude. Ces notes ont servi à rehausser les critères de scientificité de l'étude en cours.

L'analyse des données

L'étude de cas fait appel à la technique d'appariement de modèle (*pattern-matching*). D'ailleurs, l'analyse des données fut faite en fonction du cadre théorique de Kanter. Aussi, Yin (2002) suggère l'utilisation d'un cadre théorique pour guider l'ensemble du processus de recherche, incluant l'analyse des données. La proposition (*predicted patterns*), qui découle des éléments de la théorie de Kanter, a été comparée aux modèles réels (*actual patterns*) qui se sont dégagés par la catégorisation des données analysées. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'on cherche les modèles réels parmi toutes les

catégories et ce, peu importe la méthode de collecte de données d'où ils sont issus. Ainsi, le questionnaire d'entrevue et la grille d'observation ont permis l'opérationnalisation des éléments de la théorie de Kanter et ont constitué les «modèles» réels de l'appariement de modèle. Les attendus (*predicted patterns*) sont déterminés par les éléments de la théorie de Kanter.

La comparaison entre le modèle attendu (*predicted patterns*) et le modèle réel (*actual patterns*), soit l'appariement de modèle, a confirmé la proposition de la recherche. La fidélité de l'appariement a été assurée par le directeur de recherche. Des conclusions ont ensuite été tirées selon les résultats obtenus. Ceux-ci sont présentés au chapitre 4 et discutés au chapitre 5.

Les critères de rigueur scientifique

Les critères de rigueur scientifique sont établis en fonction de toutes les étapes de la recherche. Aussi, la rigueur avec laquelle a été planifié le devis de cette recherche contribue, selon Yin (2002), à la validité de cette étude.

En conséquence, les éléments de la théorie de Kanter ont servi à élaborer le guide d'entrevue, dûment validé par le directeur de recherche. Ces mêmes éléments ont aussi guidé le processus de collecte des données ainsi que l'analyse de ces données, ce qui a assuré la validité interne de la recherche. L'utilisation de la grille d'analyse politique de O'Neill, Boyer et Gosselin (1997), utilisée dans d'autres études pour justifier la sélection des acteurs-clés pour les entrevues, est un élément additionnel qui renforce la validité interne. De plus, les acteurs-clés ont tous reçus une copie de la retranscription de leur entrevue respective afin de valider l'exactitude du contenu. Enfin, la validité interne est fondée sur la méthode d'analyse par «appariement de modèle» (*pattern-matching*) comme il convient à l'étude de cas (Yin, 2002), et c'est le cadre théorique de Kanter qui constituait le modèle.

La force de l'étude de cas est que ce devis accommode bien la validité de construit. Bien que cette étude soit de type cas unique, la validité de construit fut potentialisée par l'utilisation de méthodes de collecte des données multiples permettant le croisement des informations provenant des différentes sources de données. De plus, les notes de terrain prises par l'étudiante tout au long du processus, sont aussi garantes de cette validité.

Comme déjà mentionné, la validité externe a été l'élément le plus difficile à atteindre. En effet, l'étude d'un cas unique ne permet pas de généraliser les résultats de cette étude. Il est donc possible d'affirmer que ces résultats sont exclusivement le reflet de l'établissement et des acteurs à l'étude. Toutefois, l'utilisation d'un cadre théorique validé par plusieurs études permet d'assurer, dans une certaine mesure, la validité externe de cette recherche: cela permet de généraliser les résultats de recherches en les associant à la théorie qu'ils supportent.

Enfin, la fiabilité des résultats est assurée par le directeur de recherche qui connaît bien le devis de type étude de cas et qui, par ses nombreuses années d'expérience en recherche, a su guider l'étudiante chercheure tout au long du processus d'analyse.

En terminant, il faut ajouter qu'un effort pour contrôler les biais a été apporté dans la préparation de la méthode ainsi qu'au long de tout le processus.

Les questions d'éthique

L'approbation du comité d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal a été obtenue. De plus, à la demande de la DG, l'étudiante chercheuse a signé une lettre d'engagement à la confidentialité. Les participants ont reçu un document explicatif de la recherche. Ils ont tous volontairement choisi de participer à la recherche et un consentement signé a été obtenu de chacun. Avant le début des entrevues, l'étudiante chercheuse a vérifié que les participants avaient bien compris les objectifs de l'étude et réitérait le fait qu'ils pouvaient librement mettre fin à leur participation à tout moment. Les données recueillies seront gardées sous clé et détruites cinq ans après la fin du programme d'étude. La confidentialité sera difficile à assurer entre les participants, mais elle est assurée dans toutes les publications.

Les résultats

Les résultats sont présentés en fonction de la proposition de recherche qui stipule que la perception du pouvoir d'influence formel et informel du CII est directement reliée à la position qu'occupent les acteurs dans la structure de pouvoir, dans la structure d'opportunité et dans la structure des proportions, conformément à la théorie de Kanter. Les éléments de la théorie de Kanter ont donc servi d'armature dans la présentation des résultats et l'analyse a été faite par appariement de modèle, tel que suggéré par Yin (2002).

Le pouvoir formel

Instauration du CII dans l'organisation

Comme mentionné au chapitre 2, c'est la «Loi sur les services de santé et les services sociaux» qui confère au CII du CHNM son pouvoir formel. Celle-ci décrit son rôle, sa fonction, sa composition et son mandat. Un des aspects importants du pouvoir formel du CII est, sans contestation, la position stratégique qui lui a été réservée dans la structure organisationnelle des établissements de santé. Ainsi, le CII du CHNM, à l'instar du CM et du CMDP, est une instance consultative qui relève du CA. Un autre aspect important en ce qui concerne le pouvoir formel du CII réside dans le fait que la loi nomme la directrice générale et la directrice des soins infirmiers à titre de membres d'office au comité exécutif du CII (CECII). Cependant, bien que l'instauration des CII soit régie par la loi, encore faut-il que soit appliquée cette loi dans les établissements de santé.

Les recherches de l'étudiante chercheuse ont révélé que le CHNM a instauré un CII conformément à la loi. Le rapport annuel 2003-2004 émis par le CII et le résumé de ce rapport reproduit dans le rapport annuel du CHNM comptent parmi les données qui

révèlent que l'établissement reconnaît le pouvoir formel du CII. Il est donc permis de croire que celui-ci exerce, au CHNM, ce droit tel que le législateur le prévoit dans la loi.

De plus, dans son rapport annuel 2003-2004, on constate que le CECII du CHNM a tenu, en alternance, une réunion formelle et une réunion informelle à tous les deux mois. Selon les propos de la présidente du CII, la DG et le DQSI sont présentes à toutes les réunions formelles et un point d'information leur est réservé à l'ordre du jour. Toutefois, lors de l'observation de la réunion du CECII, la directrice générale n'était pas présente. Elle en avait avisé le DQSI qui a informé les membres quelques minutes avant la réunion. Selon la présidente, c'était la première fois depuis qu'elle siège au CECII que la DG s'absentait. Toutefois, il arrive à l'occasion que les nombreuses obligations de la DG ou du DQSI les contraignent à quitter avant la fin de la rencontre. Lorsque cette situation survient, les membres modifient la séquence des sujets à l'ordre du jour afin de permettre à la DG ou au DQSI de transmettre ou recevoir des informations.

Enfin, la loi prévoit aussi un siège infirmier au CA dont le représentant est désigné par le CII. Au moment de l'étude, le siège de l'infirmière au CA était vacant suite à un désistement de la personne nommée par le ministre. Selon la présidente du CA et la présidente du CII, le nom d'une autre candidate avait été proposé au ministre mais celui-ci, pour une raison inconnue des deux parties, tardait à la désigner. De plus, ni l'une ni l'autre n'ont pu dire où en était rendu le processus. Par ailleurs, la présidente du CII affirme que cette personne était une invitée permanente aux réunions officielles du CECII et qu'elle participait effectivement aux rencontres, mais que depuis un an le poste n'avait pas été comblé.

Les avis et recommandations

Le CII s'acquitte aussi de son mandat en produisant des avis et des recommandations. Selon la présidente du CII du CHNM, le CECII émet en moyenne, annuellement, une dizaine d'avis ou recommandations. Toujours selon le rapport annuel

du CII 2003-2004, le CII aurait émis quatre avis écrits, un avis oral ainsi que quatre lettres acheminées à différents cadres dénonçant des situations qui, croyait-il, portaient atteinte ou pouvaient porter atteinte à la qualité des soins. Il y a aussi eu un avis écrit mais non déposé, selon une démarche qui se voulait politiquement stratégique.

La révision de la documentation a révélé que, dans l'ensemble, les avis sont demandés par la DG ou encore par les différents directeurs, comme le DSP ou le DQSI. La présidente du CII mentionne que les demandes d'avis ou recommandations sont formulées, soit par écrit, soit verbalement:

«Il y a des gens qui le demandent par écrit et d'autres qui nous le demandent verbalement.»

Elle ajoute aussi que, pour la première fois, des membres du CII, préoccupés par la qualité des soins suite à des réorganisations de services, avaient adressé deux demandes verbales au CECII. Elle y voit là le fruit des efforts du CECII pour se faire connaître de l'ensemble de ses membres et pour leur faire reconnaître le rôle stratégique du CII. Elle souhaite que ce soit un début de reconnaissance du pouvoir d'influence du CII par les pairs:

«Dernièrement nous avons eu deux demandes. C'était tout à fait nouveau. Ça fait 3 ans que je fais partie de ce conseil et je n'ai jamais eu connaissance que cela arrive spontanément. Nous avons tenté de développer une stratégie de publicité (afin de faire connaître le rôle du CII aux membres). On a tenté d'être plus visibles. Nous avons réussi à avoir un poste téléphonique avec une boîte vocale où les membres pouvaient nous laisser des messages. Mais cela avait plus ou moins fonctionné. Et spontanément, nous avons deux demandes. Alors c'est intéressant. Je me dis que nos actions ont peut-être porté fruit.»

Les demandes d'avis adressées au CECII par les directeurs portent majoritairement sur des restructurations organisationnelles qui pourraient avoir un impact sur la pratique professionnelle. Bien qu'il arrive que les directeurs cliniques consultent le CII, les avis portant sur les aspects cliniques sont surtout initiés par le CECII lui-même

ou encore, comme récemment, suite à l'initiative de membres du CII qui désiraient que leur conseil professionnel dénonce à la direction des situations particulières relatives à la pratique.

Aussi, l'étude révèle que les raisons qui incitent les gestionnaires à demander des avis ou recommandations aux conseils professionnels, incluant le CII, divergent de celles qui motivent la raison d'être de ces conseils. Ainsi semble-t-il que, pour les gestionnaires, les conseils professionnels agissent avant tout comme filet de sécurité. Les administrateurs décident du «quoi» et proposent un «comment» qu'ils soumettent aux conseils professionnels afin de valider la démarche. Et, bien que cette démarche se veuille avant tout une assurance de la qualité des soins et des services aux usagers, la consultation semble surtout être une forme de contrôle pour forcer l'adhésion des professionnels aux projets de l'établissement. Les propos suivants de la DG expriment bien sa position au regard du CII et de l'ensemble des conseils professionnels:

«Moi, quand je demande le soutien du CII, c'est pour des objectifs organisationnels bien fixes qui sont importants pour l'organisation. Je demande leur avis, je demande s'ils ont des commentaires, des modifications. Je leur demande d'appuyer un processus [...] Alors, c'est un petit peu ça là. Donc, en termes de stratégie organisationnelle, ce que j'essaie de faire, c'est que dans les gros changements des façons, des processus, des changements qui impliquent des valeurs professionnelles, des façons de faire professionnelles, des activités professionnelles, bien à ce moment là, ma stratégie c'est d'être transparente avec eux, de présenter la démarche, de susciter leur input dans la démarche en termes de leur regard professionnel, de recueillir leurs commentaires, de faire les modifications en fonction des commentaires reçus, et je m'attends, par après, à ce qu'ils appuient la démarche une fois qu'elle a été adoptée par l'ensemble des conseils cliniques.»

Or, cette façon de procéder n'est approuvée ni par les trois présidents des conseils professionnels ni par la présidente du CA. Selon ceux-ci, les conseils professionnels devraient être parties prenantes des décisions et tous croient que leur présence devrait être sollicitée dans tout le processus d'élaboration des projets.

La présidente du CII l'exprime ainsi:

«On nous implique aussitôt qu'il y a un problème, mais je pense qu'on devrait être impliqués avant qu'il y ait une problématique. [...] Donc, on pourrait être partenaires des démarches qui se font. On devrait, je crois, être plus actifs dans les discussions des directeurs.»

La réponse du président du CM semble abonder dans le même sens:

«Alors moi je pense qu'une direction avisée devrait utiliser les conseils cliniques dans tous ces moments là, à titre d'avis toujours. [...] Mais ce n'est pas le cas comme je vous disais, ce n'est pas souvent qu'on nous interpelle.»

Quant au président du CMDP, à la question «Dans quelles circonstances, selon vous, doit-on impliquer les conseils professionnels dans les prises de décisions?», voici ce qu'il avait à dire:

« C'est seulement les professionnels qui doivent décider, les administrateurs doivent écouter les professionnels et seulement les professionnels doivent décider. L'imputabilité, c'est le savoir.»

Bien qu'elle souhaite voir les conseils professionnels jouer un rôle plus grand qu'il ne l'est de fait actuellement, c'est la présidente du CA qui, en fin de compte, a le mieux décrit ses attentes par rapport au rôle des conseils professionnels dans l'établissement de santé:

«C'est par eux (les conseils professionnels) qu'on va pouvoir obtenir la qualité des soins et des services, le maintien de l'éthique et, je dirais, une vigilance. C'est eux qui vont susciter la vigilance chez le personnel pour qu'il respecte les clients, qu'on leur donne des services de qualité et qu'on diminue les erreurs s'il s'en glisse». «Je crois qu'ils doivent être présents, qu'il doit y avoir un représentant de chaque conseil lors des conseils d'administration. Je crois que lors des réunions du comité de direction, ils doivent être là et je crois qu'ils le sont aussi. Il y a quelqu'un... un représentant qui est nommé.»

Dans les faits, les conseils professionnels ne siègent pas au comité de direction et n'y sont pas représentés. Certains directeurs peuvent avoir une formation professionnelle initiale, mais ils siègent à titre de directeur, c'est-à-dire de gestionnaire. Mais sa déclaration permet de comprendre comment la présidente du CA perçoit et souhaiterait que soit le rôle des conseils professionnels au sein de l'organisation. Ses propos soulignent aussi la reconnaissance du rôle stratégique et l'importance accordée aux conseils professionnels par la présidente du CA.

On peut donc conclure que les gestionnaires sollicitent l'avis du CII surtout dans le but d'obtenir son appui à l'égard des projets organisationnels. Mais est-ce que le CII est en mesure d'exercer son pouvoir discrétionnaire quant au contenu des avis qu'il dépose et peut-il émettre un avis de sa propre initiative?

Le pouvoir discrétionnaire du CII

Le pouvoir discrétionnaire du CII fait référence à la liberté d'expression de celui-ci dans les avis et les recommandations qu'il émet et à l'importance qu'y accordent les décideurs. Godbout (1983) affirme qu'il y a une véritable participation, et donc reconnaissance, lorsque les contributions des partenaires ont un impact concret sur une décision.

Selon la présidente du CII, il n'y aurait eu aucun de leurs avis ou recommandations «tablettés» par l'établissement. Par contre, les entrevues ont permis de révéler que lorsque le CII et le CM initient un avis sans que la demande soit venue de la direction, par exemple suite à la demande de leurs membres, les recommandations émises n'aboutissent pas toujours à des actions concrètes de la part des administrateurs. Voici un exemple d'avis initié par le CECII qui, au moment de l'étude, n'avait toujours pas eu de suite:

«Bon, il y a un avis qui a été fait en date du ... mais je ne vois pas encore les résultats. On avait identifié différentes ordonnances collectives qui pourraient être développées suite à l'application de la loi 90. À date (neuf mois plus tard), je ne vois pas encore de résultats.»

Aucun résultat mais aussi aucun accusé de réception non plus. Cependant, cet avis avait été adressé directement au chef de service. Aucune copie conforme de l'avis n'avait été acheminée ni au DG, ni au DQSI, ni au supérieur immédiat.

Lors de la réunion du CECII, il a aussi été permis d'observer une autre situation presque identique. Un avis portant sur la nouvelle structure organisationnelle d'une unité avait été transmis au chef de programme. Encore une fois, aucune copie conforme n'avait été acheminée aux autorités décisionnelles. Ainsi lorsque le DQSI a été informé de l'émission de cet avis au cours de ladite réunion, celui-ci déclara qu'il fallait y donner suite compte tenu de l'impact que cela pouvait avoir sur la qualité des soins. Il a proposé une démarche qui assurerait le suivi de cet avis.

On peut donc conclure que le CECII connaît bien son mandat et les responsabilités qui lui incombent. Toutefois les infirmières qui en sont membres semblent avoir une méconnaissance du fonctionnement au niveau du pouvoir formel relié à la structure hiérarchique et des stratégies politiques qui assurent le suivi de leurs avis et recommandations. Un support concret à cet égard serait souhaitable et nécessaire. Toutefois, bien qu'on soit porté à croire que le manque de savoir-faire politique pourrait être l'unique cause de cette non reconnaissance des avis et recommandations initiés par le CII, les propos recueillis lors de l'entrevue avec le président du CM pourraient offrir une toute autre explication:

«Bon, on a participé à bien des trucs mais dans quelle mesure un avis...(a influencé une décision)? On a espéré, mais ce n'est pas arrivé. Entre autres, quand je vous parlais des groupes de travail tantôt, on a déposé des recommandations. Le produit de ce groupe de travail là, un genre de petit rapport d'une quarantaine de pages, entre autres sur le thème de

l'évaluation en période de probation, en cours d'emploi, l'encadrement professionnel, formation en cours d'emploi. Ça regroupait tous ces thèmes. Et ça avait donné lieu à un document où on avait 14, 15 recommandations, où on donnait des recommandations très spécifiques là. Ça été accueilli avec beaucoup d'enthousiasme par tout le monde. On a rencontré la direction des ressources humaines parce qu'il y avait des choses qui dépendait d'eux ... mais on n'a jamais vu de résultats concrets là vraiment. [...] Ce rapport là avait été déposé officiellement au CA et la présidente du CA était très enthousiaste. [...] La DG était très enthousiaste elle aussi. [...] Alors, c'est parfois un peu frustrant».

Voici donc un avis initié par le CM où l'instance professionnelle a fait preuve de savoir-faire politique afin que les autorités décisionnelles soient saisies du dossier. Malgré tout, l'avis n'a pas été considéré. Pourtant, le contenu est justifiable et en lien avec le mandat du CM. Le président du CM résume très bien l'effet démotivant de cette façon de faire sur l'implication des membres aux conseils professionnels:

«Souvent il y a des comités, des comités et on produit des rapports. Parfois ça reste sur les tablettes. On ne voit pas toujours l'impact concret. Donc, à ce moment là quand ça arrive, ça démotive beaucoup les gens. On a mis de l'effort, on a participé, on a produit tel ou tel document de réflexion et on n'en voit pas de résultats. Donc à quoi bon si tout est décidé ailleurs de toute façon.»

Pour la présidente du CII, le fait de ne pas avoir d'action concrète suite aux multiples implications pourrait aussi être une source de non participation des membres, et elle l'exprime ainsi:

«Les infirmières sont surchargées et elles disent: Bon, ils peuvent rien faire, ça bouge jamais. On a souvent ces propos là: Ah, même si je le dis, ça changera rien».

Cependant, la présidente du CII semble avoir compris que pour avoir une influence quelconque, il faut que l'administration y trouve aussi son intérêt et il faut accepter de jouer le jeu politique :

«Je crois que, dans le fond, la direction a un souci, tant que le budget est pas trop hypothéqué, un souci d'améliorer la qualité des soins, en tout cas, à porter une attention particulière à nos recommandations. Parce qu'ils savent que cela a un impact direct sur la qualité des soins. Il n'y a pas de guerre comme telle. On est très professionnel dans nos avis. On fait attention.»

Avec un pouvoir discrétionnaire limité quant à l'objet de consultation, on serait en mesure de s'attendre à ce que le CECII puisse exercer son pouvoir discrétionnaire sur le contenu des avis et recommandations qu'il produit. Or, le CII du CHNM semble parfois subir certaines influences qui pourraient entraver son pouvoir discrétionnaire aussi à cet égard. Ceci influence son comportement en ce qui concerne les stratégies auxquelles les membres du CECII ont recours pour émettre leur avis. La présidente avoue que parfois le CECII émet des avis sans en informer le DQSI préalablement. Ce comportement est assez curieux si l'on considère que la DSI est un allié et un soutien important pour le CII (Dinel, 2003). Interrogée à ce sujet, la présidente du CII a répondu qu'elle procédait parfois de cette façon afin de *«garder une certaine neutralité et ne pas être influencée»*.

Une situation similaire impliquant le CII donne aussi le ton quant aux avis et aux interventions des conseils professionnels dans l'établissement de santé. Elle portait sur la distribution des soins infirmiers sur une unité de soins. La direction, pour plusieurs raisons, a revu la structure organisationnelle pour y ajouter des infirmières auxiliaires. Or, le DQSI a orienté le CECII sur la position que devrait prendre l'instance dans leur avis, en suggérant que soit recommandée l'élaboration d'une grille d'indicateurs assurant le maintien de la qualité des soins plutôt qu'un avis sur la structure proposée. Ce fait fut rapporté en entrevue par la présidente du CII et confirmé par le DQSI. Le fait le plus surprenant de cette anecdote est la justification que donne la présidente du CII:

«Il y a des avis qu'on donne, comme le dernier avis sur l'organisation du 5A. On ne s'est pas positionné sur la structure de poste, qui d'après nous ne nous regardait pas. On a plutôt favorisé la collaboration interdisciplinaire. Donc, on a été stratégiques dans ce dossier. Pour

l'organisation et pour la direction, ça faisait bien leur affaire parce qu'on ne prenait pas position sur les structures de poste. Nous ne voulions pas embarquer là-dedans parce que selon nous c'est un aspect qui regarde plutôt le syndicat. Par contre, on a émis la recommandation que soit donnée aux infirmières de la formation afin qu'elles puissent assumer leur nouveau rôle. Est-ce qu'ils vont le faire? Je ne le sais pas.»

Or en vertu de son mandat, le CII peut faire des recommandations au CA sur la distribution appropriée des soins dispensés dans le centre et il est responsable de donner son avis au DG sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement. Le CII pouvait donc donner en toute légitimité son avis sur la restructuration sans crainte d'usurper le rôle du syndicat. La méconnaissance du mandat que la loi confère au CII ne peut être invoquée ici car la présidente a, au cours de l'entrevue, démontré qu'elle le connaissait bien. Est-il possible que, tout comme le président du CM, elle sache intuitivement les attentes de rôles socioprofessionnels acceptables dans l'établissement de santé?

Toutefois, le fait que la présidente du CII soit consciente des limites du pouvoir discrétionnaire du CECII peut lui conférer une certaine forme de pouvoir car elle peut pallier ces limites. Une meilleure connaissance des mécanismes politiques internes lui sera d'autant plus utile que cela lui permettra d'avoir recours à des stratégies efficaces dans sa quête d'influence auprès des décideurs.

Parfois, les membres du CECII vont mettre à profit les leviers politiques que leur accorde la loi pour influencer des décisions et se faire entendre. Voici une façon dont ce CII a pu faire avancer un dossier:

«Donc, on avait recueilli de l'information auprès du chef de service et de l'assistante. Puis, on avait élaboré un avis que nous avons fait passer lors d'une rencontre officielle du CECII. Nous l'avons ensuite déposé à la DG. On lui a signifié verbalement qu'on s'attendait à un résultat rapide. Puis nous lui avons subtilement fait savoir que s'il n'y avait pas des résultats

concrets dans les semaines qui suivraient, étant donné que la qualité des soins était atteinte, on en aviserait le conseil d'administration.»

Ce fait témoigne que les infirmières membres du CECII sont sensibles à l'importance des stratégies politiques dans le jeu d'influence et qu'elles connaissent bien les limites du pouvoir formel que leur accorde la loi. Ceci indique aussi que les infirmières ont du pouvoir. En effet, le sujet porte sur les conditions de pratique qui ne favorisent pas des soins de qualité. Pour le CECII, c'est non négociable et il va utiliser une stratégie très forte pour s'assurer que la direction corrige la situation dans les plus brefs délais, ce que cette dernière a fait d'ailleurs. La direction a reconnu l'expertise des infirmières et leur a attribué les ressources nécessaires à une bonne pratique professionnelle. Mais ne pourrait-on penser qu'avec un meilleur savoir et savoir-faire politique, les infirmières pourraient être en mesure de planifier des stratégies d'influences permettant de porter à un plus haut niveau leur accès aux structures de pouvoir dans l'établissement de santé?

L'ensemble des résultats rapportés dans cette section relative au pouvoir formel démontrent à tout le moins l'existence formelle du CII au CHNM. Le tableau 3 qui suit présente une synthèse de ces résultats.

Tableau 3 – Le pouvoir formel: synthèse des résultats

Pouvoir formel	<ul style="list-style-type: none"> • Existence formelle du CII au CHNM • En 2003-2004, le CII a produit 4 avis écrits, 1 avis verbal et 4 lettres dénonçant des situations pouvant porter atteinte à la qualité des soins • Les demandes d’avis provenant de la direction portent majoritairement sur des restructurations organisationnelles • Les avis d’ordre clinique découlent surtout d’initiatives du CECII • Les raisons qui incitent les gestionnaires à demander un avis au CII divergent de celles qui motivent la raison d’être de ce conseil • Le pouvoir discrétionnaire du CII est limité quant à l’objet de la consultation • Le CII du CHNM doit parfois recourir à des stratégies politiques afin de préserver son pouvoir discrétionnaire quant au contenu des recommandations qu’il émet
----------------	---

Le pouvoir informel

Les alliances

Les alliances sont incontestablement un élément majeur dans l’attribution du pouvoir informel dans une organisation. Elles sont, selon Kanter (1977/1993), une occasion tout indiquée pour grimper les échelons dans les trois structures de pouvoir, c’est-à-dire la structure d’opportunité, la structure de pouvoir et la structure des proportions. Il est donc intéressant de comprendre comment est perçu le pouvoir d’influence des différents acteurs de cette organisation, de connaître leurs alliés et de comprendre leur influence sur la position qu’occupe le CII dans les structures de pouvoir du CHNM.

Le CII

La présidente du CII croit que l'organisation reconnaît le pouvoir d'influence du CII et voici comment elle pense qu'il est perçu par les décideurs:

«Ils savent qu'on a un certain pouvoir de recommandation et qu'on peut aller jusqu'au conseil d'administration. Donc, on peut faire bouger les choses. Toutefois, je ne suis pas là pour faire une guerre. On est là pour travailler en collaboration». «L'établissement reconnaît qu'on a un rôle à jouer. Il nous donne la place pour le jouer, quoique notre place pourrait être, nous aussi enrichie. Mais on nous donne les moyens et si on est pas d'accord avec une situation, on sent qu'ils vont se réajuster».

Parmi les acteurs du CHNM, la présidente du CII a identifié le DQSI, la DG, la secrétaire de la DQSI, le CIIA et l'ensemble des infirmières du CHNM comme étant les plus aidants pour le CII. Les alliés du CII semblent donc provenir principalement des acteurs émanant plus spécifiquement des soins infirmiers. Aussi, il n'était jamais venu à l'idée de la présidente que le CII pourrait tirer certains avantages à faire alliance avec les autres conseils professionnels de son établissement, jusqu'à ce que l'étudiante chercheuse lui pose la question en entrevue:

«Je n'y avais jamais pensé. Mais stratégiquement, je pense qu'on pourrait créer des alliances pour unir nos forces parce que des fois, on travaille sûrement sur des dossiers similaires où on pourrait travailler conjointement. Je pense que ce serait quelque chose à développer».

Aussi la présidente dit reconnaître l'intérêt pour le CII que quelques membres de son comité exécutif assistent aux réunions du CA. Cependant, elle avoue que personne n'y assiste, non pas par manque d'engagement mais plutôt par manque de temps.

Bien que la présidente du CII semble sensibilisée au fait que les alliances peuvent accroître le pouvoir d'influence de son instance, elle trouve que cet aspect plus politique reste à développer:

«On utilise très peu notre rôle politique et je crois que je ne suis pas la meilleure personne pour assurer ce rôle à l'intérieur de l'hôpital. Premièrement, je travaille sur un site à l'extérieur de l'hôpital. Je crois qu'une présidente devrait avoir des conversations de corridor avec des gens, juste comme ça, une petite rencontre qui peut parfois influencer beaucoup les démarches ou les décisions. [...] Je trouve que cela a du poids et que ça donne un peu plus de pouvoir. Il y a du lobbying qui se fait par la vice-présidente et l'agente de communication, qui, elles, travaillent à l'hôpital. Donc, les gens les reconnaissent et les interpellent. Elles nous les rapportent par après en réunion et on en discute».

Les membres du CECII sont donc familiers avec l'importance du lobbying, ces rencontres informelles qui peuvent accroître la visibilité d'une instance, fournir une riche source d'information et aider dans l'établissement du réseau de soutien. Mais le lobbying n'est qu'une stratégie parmi d'autres qui peuvent être utilisées. Et encore faut-il avoir des contacts avec les bonnes personnes, c'est-à-dire des personnes qui peuvent être influentes dans le processus décisionnel (Kanter, 1977/1993).

Ceci dit, bien que la présidente croit que le CII a un pouvoir d'influence qui est reconnu au CHNM, on comprend que ce pouvoir d'influence a des frontières qu'elle souhaiterait voir élargies. Elle sait aussi que le pouvoir d'influence de l'instance professionnelle passe par les individus qui la composent. Ainsi selon la présidente du CII, les caractéristiques personnelles des membres du CECII peuvent jouer un rôle dans la reconnaissance du pouvoir d'influence et favoriser de meilleurs échanges avec les partenaires:

«On a toujours eu une communication assez franche avec les différents directeurs. Puis, on n'est jamais resté sur nos positions. Donc l'influence, je suppose que ça se joue un peu à travers les membres du conseil des infirmières. Parce que c'est sûr que si j'étais une présidente intransigeante, qui dirait 'bien non moi c'est comme ça' puis 'je ne le vois pas comme ça, et ça restera pas là', peut être qu'on serait moins bien perçues et moins sollicitées pour des avis. Je crois que la personnalité ou le rôle de la présidente ou de la vice-présidente et des membres à l'intérieur du CII ont un impact sur l'influence qu'on exerce. Quand on a

une crédibilité derrière nous et qu'on ne parle pas pour rien dire, on a une certaine influence sur les décisions.»

En ce qui concerne les trois conseils professionnels, la présidente du CII comprend que, formellement, les trois ont un mandat presque identique et qu'ils sont tous les trois des instances conseils et non décisionnelles:

«Sûrement qu'ils (CM et CMDP) ont un rôle aussi important que nous à jouer. Cependant, je ne sais pas s'ils ont le même problème que connaît le CII à être alimenté par leurs membres, mais ils sont au même niveau que nous.»

Toutefois, elle avance que, dans les faits, le CMDP est privilégié:

«Par contre, je crois que quand le CMDP dit quelque chose, sûrement que ça a un poids un petit peu plus important que nous, à mon avis. Mais c'est tout ce que je peux en dire.»

Lorsque l'étudiante lui demande pourquoi d'après elle, elle répond:

«Un médecin a plus de pouvoir dans une organisation qu'une infirmière.»

On fait ici référence au savoir expert. Larson (1988) est explicite: quand le savoir expert est généré par les experts eux-mêmes, il devient plus facile d'avoir l'exclusivité de ce savoir et ainsi, avoir une plus grande influence sur les décideurs. Le président du CMDP reconnaît bien ce fait, comme il a été permis de le constater plus haut, lorsqu'il affirme que «l'imputabilité, c'est le savoir».

Quoiqu'il en soit, le CM et le CII semblent avoir bien saisi le message: cela devient stratégique quand on abonde dans le même sens que les décideurs. C'est une stratégie qui, en définitive, peut diminuer le pouvoir formel des conseils professionnels au CHNM. Il faut alors que ceux-ci, conscients de ce fait, puissent développer d'autres stratégies, telles les alliances, pour que soit donné un poids politique aux dossiers

importants et qui pourraient éventuellement servir à obtenir plus de ressources pour mieux atteindre leurs objectifs respectifs.

Le DG

Le DG peut aussi être un allié pour le CII et le fait que la loi le désigne comme membre d'office en témoigne. Au CHNM, la DG siège elle-même au CECII, contrairement à ce qu'elle fait à l'égard du comité exécutif du CM pour lequel elle a désigné un représentant. On pourrait croire que la DG manifeste plus d'intérêt à participer aux séances du CECII. Bien que les raisons qui motivent sa présence au CECII demeurent inconnues¹, le fait que la DG croit que les conseils professionnels servent davantage à assurer l'adhésion des professionnels aux projets majeurs de l'organisation pourrait offrir une certaine explication quand on pense que plus de 70% des employés des établissements de santé sont reliés aux soins infirmiers.

Alors, selon la DG, les partenaires les plus aidants pour son instance sont multiples, mais elle ne mentionnera spécifiquement qu'un groupe professionnel alors que la réponse reste assez générale en ce qui concerne les autres instances:

«J'ai besoin de l'ensemble de tous les employés de tous les établissements, professionnels et non professionnels. On a besoin des médecins pour que ça marche là. Il va falloir que ça marche avec les médecins, que les médecins y trouvent leur intérêt, que les médecins y trouvent leur compte. Que ce soit les médecins de notre organisation donc qu'ils aient des privilèges dans notre organisation, ou bien des médecins qui se situent dans le réseau local, les médecins en cabinet privé, les médecins dans les GMF, on a besoin aussi de la participation des usagers des familles. On va avoir besoin de la participation de la population. La population doit trouver son compte. Notre communauté de bénévoles, que ce soit des bénévoles qui travaillent directement, qui soutiennent des patients ou des résidents hébergés ou de la fondation. Donc tous les influenceurs internes et externes de l'organisation.»

¹ Les sources de sa motivation n'ont pas été demandées lors de l'entrevue parce que cette information a été connue ultérieurement.

Quant au type de gestion qui est exercé au CHNM, les propos suivants de la DG peuvent nous renseigner:

«Moi, je suis maître de mettre en place les conditions facilitantes pour que mon travail soit réalisable et pour que la mission de l'organisation puisse se réaliser».

À cet effet, la DG dit que le CII est une source d'information appréciable provenant de la base, là où se situe l'action:

«Alors, c'est une autre source d'information qui vient directement du plancher, qui vient directement du frontline. Alors, pour moi, ce sont des informations importantes.»

Cela lui permet d'avoir le pouls de ce qui se passe dans l'organisation et d'être alimentée sur l'impact des changements apportés sur la pratique professionnelle.

Aussi, toujours selon la DG, le CII utiliserait son plein potentiel. En contre-partie, son expérience personnelle lui fait se rendre compte que certains membres du CECII sont plus au moins bien informés sur le rôle et mandat de l'instance professionnelle:

«Lorsqu'un nouvel exécutif est élu, les gens viennent souvent de la base, il y a quelques gestionnaires là-dedans mais, habituellement, de premier niveau. Et des fois, ils ne saisissent pas très bien la portée de leur mandat et le rôle qu'ils doivent avoir par rapport à leur mandat. [...] Alors, aussi c'est quelque chose qu'il faut développer.»

La DG prend en exemple les CMDP qui se sont dotés d'une association *«sur qui s'appuyer, pour qu'ils puissent mieux exercer leur rôle»*. Cette association, indépendante du Collège des médecins, est soutenue par des cotisations provenant des CMDP ou encore, selon la DG, défrayées par les établissements de santé. L'étudiante chercheuse fait un lien avec les regroupements régionaux de CECII qui avaient un tel mandat. Or le manque de support financier et les difficultés rencontrées lors des demandes de libération

des participants ont forcé la majorité des regroupements à mettre un terme à leurs opérations. A ceci elle dit:

«C'est cela, exactement. Mais c'est certain que quand tu n'as pas de structure à la base, une permanence qui peut supporter, ça ne va pas très loin. Ça continue à être du bénévolat.»

Elle n'abordera pas le fait que les établissements de santé, à l'instar de l'association des CMDP, pourraient soutenir leur CECII pour que puissent renaître ces regroupements qu'elle souhaite voir se mettre en place. Elle croit toutefois que l'OIIQ pourrait être un allié qui soutiendrait les CECII dans cette démarche.

La DG fera aussi part à l'étudiante chercheuse de ce qui lui semble être un manque de connaissance du rôle et du mandat du CII de la part des DSI. Elle confie que, mieux informées, les DSI gagneraient un allié auprès des CII:

«Et ce que je vais essayer de développer dans le nouveau plan d'organisation, c'est qu'au niveau de la DSI, que la personne qui va occuper le rôle de directeur ou directrice des soins infirmiers, comprenne bien le rôle que peut jouer, le potentiel que peut avoir un CII, pour être en mesure de bien former, éduquer et informer les membres de l'exécutif du CII. Et aussi de les guider pour qu'ils assument leur rôle pleinement et en toute connaissance de cause. Et je pense que c'est un problème, je dirais, dans beaucoup d'organisations.»

Pourtant, les informations recueillies auprès de la présidente du CII laissent croire que la personne qui occupait le siège de la DSI au CHNM avant la création du CSSS connaissait très bien le rôle et le mandat du CII. De plus, elle semblait bien supporter l'instance et s'en était fait une alliée, comme les propos de la présidente du CII le laissent croire¹:

¹ La DSI a quitté le CHNM au moment de la création du CSSS et a été remplacée par une autre personne dans le nouveau poste de DQSI. La DG était déjà en fonction au CHNM depuis quelque temps.

«Écoutez; quand on a commencé avec Mme (ex DSI), elle était très stratégique et politique. Donc tranquillement, elle nous a montré une façon de faire.»

De plus, lors de l'entrevue avec le DQSI, celui-ci a aussi démontré qu'il connaissait bien le mandat du CII ainsi que son propre rôle en rapport avec cette instance.

Toutefois, les propos suivants de la présidente du CII laissent entrevoir une autre explication:

«En théorie, y a des points statutaires à notre ordre du jour, tels le rapport du DG et le rapport du DQSI, mais le reste, c'est moi qui décide. Avec l'ex DSI, on les faisait conjointement et stratégiquement. Là, le DQSI, dû à son rôle enrichi, n'a pas de temps.»

«Parce qu'il (le DQSI) devrait nous supporter, nous pister sur certaines situations qui se passent à l'intérieur de l'organisation. On devrait travailler vraiment en étroite collaboration, comme on le faisait avec notre ancienne DSI. Mais il n'a pas le temps, il a de la misère à me retourner mes appels. Donc, son rôle est trop enrichi à mon avis.»

Alors, nonobstant le manque de connaissance au sujet du rôle et mandat d'un CII, est-ce que la source du problème ne pourrait pas provenir de l'établissement même? Au moment de la recherche, la DSI avait quitté depuis quelque mois déjà, c'est-à-dire au moment où le CHNM se transformait en CSSS. Dans le cadre de cette réforme, le rôle de la DSI au CHNM s'est vu «enrichi», pour utiliser le terme de l'endroit. La DSI est devenue la DQSI. Ainsi, on a transféré la gestion des soins infirmiers aux directeurs de programmes et transformé la DSI en rôle conseil auquel on a ajouté la direction de la qualité du nouveau CHNM. Cette direction conseil a toutefois conservé son siège au comité de direction. Aussi, ce nouveau DQSI dispose de deux personnes seulement pour l'aider à remplir ses deux mandats, soit une adjointe et une secrétaire. Au moment de l'étude, le poste de DQSI était assuré par un titulaire par intérim. Ce dernier détenait aussi en intérim un poste de chef de programme à la direction des opérations cliniques (DOC) en plus d'occuper son propre poste de chef de programme à cette même direction.

Or, les changements importants qui découlent de la loi 25 impliquent des restructurations et des réorganisations majeures. Celles-ci auront ou auraient dû donner lieu à des demandes d'avis au CII de la part de la DG et du CA. Avec la charge de travail qui incombe au DQSI actuel, il serait compréhensible que ce gestionnaire manque de temps pour soutenir adéquatement le CII. La présidente du CII y fera maintes fois allusion lors de l'entrevue. Bien qu'elle comprenne la situation difficile du DQSI, elle est en mesure de voir les répercussions sur le CII. Avec moins de temps à accorder aux membres du CECII, ceux-ci sont moins bien informés des changements en cours dans l'organisation et ce, malgré toute la bonne volonté et le savoir faire de la personne qui occupe en intérim le poste de DQSI.

Quoi qu'il en soit, la DG semble avoir un souci certain pour les professionnels, la ressource première du CHNM, soit ceux qui prodiguent les soins et les services aux patients. Elle reconnaît l'importance de faciliter les liens et les communications. C'est ainsi qu'elle affirme souhaiter voir s'établir des comités interprofessionnels. Elle ajoute que son expérience dans les milieux anglophones, où l'interprofessionnalisme semble être plus intégré, lui a permis de voir les bienfaits des ententes entre les professionnels sur la qualité des soins et des services. Elle souhaiterait voir de telles ententes dans son organisation.

Toutefois, la DG pourrait avoir un certain travail d'influence à faire pour parvenir à ses fins. En effet, elle dit avoir suggéré, entre autres, que le DQSI puisse assister aux réunions du CMDP. Mais, le CMDP s'y est opposé. Ainsi, le DQSI n'est invité qu'occasionnellement lorsque des points concernant les soins infirmiers doivent être abordés. De plus, un comité interprofessionnel, en lien avec l'application de la loi 90¹, qui regroupait entre autres les trois présidents de conseils professionnels, avait été mis en

¹ Il s'agit de la «Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé», présentée comme projet de loi 90 et devenue L.Q. 2002, chapitre 33. On l'appelle communément "loi 90". – Cette loi affectait accessoirement notamment la «Loi sur les services de santé et les services sociaux», en y modifiant les articles 190, 192, 207 et 220 et en y ajoutant un nouvel article 207.1.

place plusieurs mois auparavant. Selon le président du CM, les membres se rencontraient aux semaines puis, plus tard, aux deux semaines. Puis il dit que, tout d'un coup, «*ça s'est estompé. Je n'ai plus été convoqué.*» Selon la présidente du CII, la fin des convocations à ce comité semble avoir coïncidé avec l'arrivée du nouveau DSP (poste obligatoirement détenu par un médecin). Après réflexion, le président du CM a du concéder que le comité semble effectivement avoir cessé ses activités au moment où le nouveau DSP est entré en fonction.

Le CA

Le CA est la plus haute instance décisionnelle du CHNM. Selon sa présidente, le CA:

«tient un rôle conseil. Il est là en appui à la directrice générale, il est là aussi en appui au comité de direction pour les différentes propositions. Il est aussi là pour alimenter les gestionnaires dans le cadre de leur réflexion sur l'organisation des soins et des services, la planification stratégique.»

Il faut cependant garder en mémoire que plusieurs des membres qui siègent au CA ne proviennent pas du milieu de la santé. Ainsi, privés du savoir expert, comme le dit Larson (1988), ils doivent se fier aux différents professionnels et gestionnaires pour que leur soit transmise l'information pertinente permettant des prises de décisions éclairées. Aussi, l'expérience personnelle de l'étudiante chercheuse lui a permis de constater que le CA est tributaire de l'information que lui transmettent les membres de la direction lors des séances du conseil d'administration. La présidente du CA reconnaît donc l'importance des alliances permettant un réseau d'information et d'influence pour son instance:

«Je crois que, sans être là pour gérer, je dois être au courant de tout ce qui se passe dans le centre de santé et lorsqu'il y a de l'information plus pointue, je dois en aviser le comité administratif» [...] «À mon niveau, j'ai de très bons contacts avec la direction générale. Les communications se font aisément; alors ça aussi c'est important.»

Cette préoccupation qu'éprouve la présidente du CA pour les alliances et la collaboration interdisciplinaire est constante dans les données recueillies. D'abord, voici les acteurs qu'elle identifie comme étant les partenaires les plus soutenant pour le CA :

«Le CMDP, le CII, le CM, le comité de direction, ça c'est en premier lieu pour supporter le DG, et ensuite, à l'externe vous avez les différents partenaires comme les centres de réadaptation, la réadaptation physique, intellectuelle, toxico, jeunesse, parce que tout le monde doit travailler ensemble et les organismes communautaires aussi.»

Elle insiste aussi sur le fait que les gens doivent collaborer et ceci est plus particulièrement vrai pour les trois conseils professionnels :

«Ils doivent s'entraider parce que c'est par eux qu'on va pouvoir obtenir la qualité des soins et des services, le maintien de l'éthique et, je dirais, une vigilance. Moi, je crois que c'est la base. Ces trois conseils doivent vraiment travailler ensemble»

Donc, non seulement elle reconnaît l'importance des alliances pour son instance, mais elle souhaite voir les trois conseils professionnels collaborer ensemble.

La réunion publique du CA observée par l'étudiante chercheuse révèle aussi la place importante accordée aux partenaires du réseau. La disposition de la salle et le rôle de la présidente elle-même contribuent à cette constatation. D'abord la présidente du CA accueille personnellement tout nouvel arrivant. Elle les questionne sur leur provenance. Elle dit aimer savoir qui est dans l'audience et à qui le CA s'adresse. Ensuite, chaque point à l'ordre du jour est introduit par la présidente du CA. Toutefois, ce sont les professionnels et/ou gestionnaires porteurs de dossiers qui font eux-mêmes rapport aux membres du conseil. La salle est dressée avec grand soin afin de faciliter cet échange. Une table avec un micro est aménagée spécialement pour les interlocuteurs. De plus, les directeurs sont invités au huis clos qui précède la réunion, et des tables et chaises leur sont réservées tout comme pour les membres du CA.

Bien qu'elle dise que le CII est un partenaire important, la présidente du CA dit que le CII du CHNM n'a jusqu'à ce jour influencé aucune décision du CA du CHNM. Elle explique cette constatation par le fait que le CSSS n'a que récemment vu le jour et en est encore aux ajustements. Ceci est discutable compte tenu que la réforme actuelle apporte des changements importants dans la structure organisationnelle et plus particulièrement au regard de la prestation des soins et services. Une réforme qui implique un tel changement de paradigme devrait inciter les membres du CA à consulter ou demander que soient consultés les conseils professionnels, afin d'assurer la qualité des soins et des services tout au long de la mise en œuvre de la transformation.

Les données recueillies permettent de croire que le CA du CHNM considère malgré tout le CII comme un acteur ayant un certain pouvoir d'influence. Toutefois, selon la présidente du CA, les infirmières n'utilisent pas assez cette porte d'opportunité. Lors de la séance observée par l'étudiante chercheuse, plusieurs dossiers cliniques ont été abordés et ont été présentés, soit par un gestionnaire, soit par un médecin. Au moins trois des dossiers présentés par des médecins impliquaient directement les soins infirmiers. Or, deux de ces dossiers ont été présentés par des médecins et un autre, par un membre du comité des usagers et le chef de programme qui, bien qu'infirmier de profession, y était surtout à titre de gestionnaire. Aucune infirmière en prévention des infections, en gériatrie ou infirmière de l'urgence n'a participé à ces présentations. La question fut abordée avec la présidente du CA et celle-ci dira qu'elle trouve que les infirmières ne saisissent pas assez les occasions de se faire valoir. La présidente ajoute aussi que, selon elle, elle n'a pas l'impression que les infirmières s'impliquent assez dans l'établissement: *«Je crois qu'il (le CII) va avoir de l'influence en autant que les infirmières vont s'impliquer».*

Ainsi, bien que le CA semble favorable à faire alliance avec le CII, la non visibilité de cette instance semble être interprétée comme une non implication. Cela pourrait donc être une occasion manquée pour les infirmières, qui auraient tout intérêt à

se faire connaître de ce CA qui semble vouloir leur laisser une place. Mais, souhaite-t-on vraiment qu'elles la prennent cette place? Car la présidente du CA mentionne aussi que, bien que le CA soit disposé et souhaite entendre le CII, les infirmières pourront le faire en autant qu'elles passent «*par la filière là*», c'est-à-dire par la structure hiérarchique. Ceci suppose que les infirmières sachent comment remonter cette «filière». Or, à la lumière des données, il semble que les infirmières sont peu familières avec le et la politique. On peut donc supposer que cette méconnaissance peut être un facteur interférant dans les alliances que pourrait faire le CII avec les partenaires du CHNM. Et bien entendu, même avec cette connaissance, il faut aussi que les partenaires qui occupent les postes clés de la filière susmentionnée permettent aux infirmières de la remonter!

Ainsi, il est permis de croire que le CA voit dans les conseils professionnels des alliés potentiels. Il y a donc, à ce niveau, un corridor d'opportunité bien en place. Il suffit de savoir comment l'emprunter.

La DQSI

À la question: "Selon vous, qui seraient les partenaires qui pourraient être les plus aidant pour votre instance?", voici ce qu'avait à répondre le DQSI:

«Ce qui est souhaitable au niveau du développement des rôles de partenariats, c'est vraiment d'établir des activités de cogestion avec l'équipe médicale où l'imputabilité des résultats autant administratifs que cliniques est clairement partagée entre les intervenants médicaux qui pourraient être identifiés. Parce que le modèle traditionnel où l'équipe médicale n'adresse que des demandes et que l'administration et les soins infirmiers sont tributaires de faire face à cette avalanche de demandes-là avec des contraintes énormes au niveau du financement, bien quand on n'arrime pas la demande avec la disponibilité des ressources, c'est sûr que ça crée beaucoup de confrontations. Donc, dans les partenaires, les médecins, qui sont un incontournable. Je dirais que de plus en plus on doit envisager le partage des responsabilités cliniques et administratives avec d'autres professionnels qui ont les compétences pour assumer ces responsabilités-là».

Cette réponse est assez intéressante, car le DQSI identifie d'abord un groupe, soit celui des médecins, et regroupe ensuite en une phrase tous les autres professionnels. Le fait que l'étude coïncide avec la restructuration du système de santé et que l'établissement soit en transition pourrait contribuer à expliquer la réponse du DQSI. Ces propos peuvent aussi être un indicateur des difficultés rencontrées par les professionnels et les gestionnaires en raison du fait qu'ils ont peu sinon aucun contrôle sur la ressource médicale. Mais, elle suscite aussi beaucoup de questionnement en ce qui a trait au réseau d'alliance du DQSI. Fait marquant, lors de la séance du conseil d'administration, l'étudiante chercheuse a remarqué que le DQSI semblait avoir beaucoup de contacts avec ses partenaires. Il déambulait dans la salle avant le début de la réunion et a engagé la conversation avec plusieurs membres du CA et des directeurs. Il semblait bien maîtriser l'art du lobbying, élément essentiel aux alliances.

Les attentes de la présidente du CII envers le DQSI sont grandes. Ce dernier sert surtout à aiguiller le CII par rapport à certains dossiers. Mais il est aussi un allié important en lien avec les différents paliers décisionnels dans l'établissement:

«Mais c'est sûr que d'avoir un DSI qui s'implique dans un dossier avec nous c'est aidant. Parce que la DSI était à plusieurs tables stratégiques où se prenaient des décisions importantes. Donc on pouvait dire vous de votre côté vous le présentez à cette table-là, nous, de notre côté on va faire ceci ou cela. On rejoignait nos efforts pour faire avancer le dossier. C'était stratégique».

Le CECII a surtout besoin de l'appui du DQSI pour bénéficier de sa connaissance des dossiers de l'établissement et des enjeux qui en découlent. Il a aussi besoin que le DQSI ait un bon savoir-faire politique et qu'il transfère ce savoir aux membres du CECII. Les propos de la présidente du CII semblent soutenir le fait que les nombreuses obligations du DQSI empêchent ce dernier de consacrer plus de temps au soutien du CII. Malgré tout, l'étudiante chercheuse a pu observer que le DQSI a informé les membres du CECII sur les dossiers en cours. Il a aussi répondu aux questions qui lui étaient adressées.

L'observation de la réunion du CA le soir même a permis à l'étudiante chercheuse de valider le contenu et la pertinence de l'information que le DQSI a transmise au CECII.

Quant au DQSI, les avantages qu'il peut tirer du CII sont clairs:

«Je me vois comme un associé aussi, pour lequel, moi, je peux avoir des objectifs de direction et à travers le CII, je vais y trouver un appui pour avancer plus rapidement. Donc, je vois beaucoup de collaboration, une forme de travail d'équipe». «Il faut vraiment qu'il y ait un arrimage serré entre les travaux qu'effectue le CII et la représentation que je peux en faire s'il y a lieu au niveau de la table de direction. Je pense que c'est au-delà d'une question d'individu là, c'est davantage une question d'arrimage serré entre le DSI et son CII.»

Ces propos sont aussi partagés par la DG, qui croit que les soins infirmiers seront avantagés avec le nouveau rôle conseil des DSI. Les dilemmes déchirants que vivaient parfois les DSI entre leur rôle de gestion versus leur rôle clinique étant maintenant, en principe, éliminés, ces dernières seront plus axées sur le clinique et la qualité des soins, comme le mentionne la DG:

«Moi je pense que ça facilite parce que ça dissocie la gestion quotidienne de la fonction professionnelle. [...] C'est parce que les objectifs de la DSI et les objectifs du CII deviennent beaucoup plus en harmonie. [...] Moi j'ai vu des DSI déchirées par des décisions qu'elles sont obligées de prendre pour la survie de l'organisation mais qui vont contre leurs valeurs.»

Le CM

Des trois conseils, c'est le CM qui semble avoir le moins de soutien et le plus de difficulté à obtenir un niveau d'accès aux structures de pouvoir suffisant pour exercer son mandat. D'abord, regroupant tous les professionnels de l'établissement autres que les médecins et les infirmières, le nombre de sièges au sein du comité exécutif du CM n'assure pas la représentativité de toutes les professions qui s'exercent au CHNM. Le

président du CM trouve que les professionnels que l'instance représente s'en trouvent désavantagés:

«C'est que nous on représente beaucoup de professionnels différents. C'est pas aussi simple qu'au niveau des conseils infirmiers ou le CMDP.»

De plus, bien que les CM soient légalement sous la responsabilité du directeur des services professionnels (DSP), c'est la direction des opérations cliniques (DOC) qui assure cette fonction au CHNM. Et, depuis juin 2004, la DOC a désigné une autre personne pour la représenter au sein de cette instance, privant ainsi le CM d'un allié en lien direct avec le comité de direction, là où siègent les décideurs.

Aussi le président du CM est très lucide quand il décrit sa perception du pouvoir d'influence du CM au CHNM:

«...il a les limites qu'on lui donne. Si on participe on en a, si on est crédible dans ce qu'on fait on en a un peu plus. Si on fait des bons coups, on acquiert de la crédibilité, que ce soit auprès de l'administration ou du conseil d'administration. Alors, bon, ça dépend un peu comment on utilise la structure. C'est une structure de participation. Il faut la faire vivre, autrement ça reste sur papier». «Surtout, le CM, je le vois vraiment petit comme capacité d'influencer la machine.»

Il dénote aussi un paradoxe dans l'attitude des gestionnaires, ce qui pourrait expliquer cette perception. D'un côté, la direction dit être favorable à la participation des conseils professionnels. Elle encourage la participation et sollicite les avis sur les décisions qu'elle a prises. Or, lorsque les membres des conseils professionnels deviennent trop impliqués, le président du CM perçoit une attitude négative de la part de cette même direction. En plus des avis initiés par les conseils professionnels qui portent sur l'acte professionnel et qui, selon les présidents du CII et du CM, ne reçoivent pas le suivi nécessaire de la part de la direction, le président du CM dénonce une situation qui laisse percevoir le niveau du pouvoir d'influence des conseils professionnels:

«Et puis, un moment donné, il y a eu... c'était XXX comme président au CM et il siégeait en même temps au CA. Et il était très actif. Il avait des positions assez carrées je dirais, et à un moment donné, il a commencé à déranger. J'ai l'impression, en tout cas. Il a pris, lui, la décision, de se retirer parce qu'il trouvait qu'il n'avait plus sa place là que...il était un peu déçu. Alors, ce qu'il m'avait dit "on nous a bien encouragé, mais là qu'on fait notre ordre, on fait des avis on y tient, puis on fait le suivi et j'ai l'impression que je dérange. Ça ne m'intéresse plus". Parfois, je l'ai senti aussi».

À l'instar du CII, il semble que les avis initiés par le CM aient une moins bonne écoute que ceux demandés par la direction. Ainsi, un avis initié par le CM et qui portait sur l'évaluation des professionnels fut totalement relégué aux oubliettes malgré les représentations faites à la direction générale et au conseil d'administration. Cette attitude de la part des gestionnaires a, selon le président, un impact négatif sur la participation et la motivation des membres du CM.

Le président du CM semble bien connaître les rouages internes de l'organisation et semble aussi détenir un savoir faire politique lui permettant de mettre à profit des stratégies pour que son instance soit vue et entendue. Ainsi, selon lui, leurs avis sont adressés aux personnes concernées avec copies conformes aux instances hiérarchiquement en autorité. De plus, il leur est aussi arrivé de faire des représentations auprès du CA.

Enfin, il semble aussi saisir toute les occasions pour se créer un réseau d'alliés:

«Si on veut parler stratégie, c'est qu'on s'est donné comme politique d'inviter de façon assez régulière différents chefs de services au conseil multi. Lorsqu'on avait des questions ou encore une problématique à résoudre, on invitait la personne. L'an passé, on a invité la direction des ressources humaines deux fois, le DSP est venu une fois, des directeurs, des chefs infirmiers de départements sont aussi venus pour nous expliquer des projets. Alors, on utilise beaucoup le processus d'inviter. On peut inviter n'importe qui».

Pour ce qui est de faire alliance avec le CII, il dit n'avoir jamais collaboré avec lui dans l'élaboration d'un avis ou encore pour faire front commun sur un sujet en particulier. Toutefois, il avoue avoir beaucoup aimé son expérience au sein du comité interdisciplinaire mis sur pied dans le cadre de l'application de la loi 90. Rappelons que ce comité regroupait, entre autres, les trois conseils professionnels. Le président du CM dit qu'il a surtout aimé y collaborer à cause des informations qu'il obtenait sur le fonctionnement des autres directions et à cause de dossiers en cours qui y étaient discutés. Il n'est cependant pas fermé à l'idée de faire alliance avec le CII:

«C'est un conseil parallèle qui a les mêmes préoccupations que nous avons par rapport à ses membres. Je dirais qu'on n'a pas suffisamment de contacts.»

Le président du CM voit l'opportunité que pourrait et devrait avoir le CII pour les infirmières. Cependant, il est évident pour lui que ces dernières n'utilisent pas le plein potentiel politique que leur offre cette instance:

«Je ne connais pas beaucoup le fonctionnement interne du CII. J'ai l'impression que s'ils (les infirmières) l'utilisaient à plein, ça ferait un peu plus de vagues. Mais c'est une impression.»

Si le président fait un parallèle entre le CM et le CII, il reconnaît qu'il en est autrement en ce qui concerne le CMDP. Sur ce point, il partage l'opinion de la présidente du CII et déclare:

«J'ai l'impression qu'il a infiniment plus d'influence que les deux autres conseils parce que, dans l'hôpital, c'est les médecins qui mènent. Un avis du CMDP ne peut pas être ignoré de la direction. Strictement pas. Quand ils définissent quelque chose dans l'exercice de leur profession, de la médecine, qui peut les arrêter? Ce sont les spécialistes reconnus mur à mur. Alors que pour les autres professions, ce n'est pas si évident, y compris pour le CII. J'ai l'impression qu'un avis du CMDP, c'est la médaille d'or, et que les autres...je ne sais pas quelle médaille!»

Ainsi, selon les données recueillies, il semble que le CM occupe dans les structures de pouvoir une position qui lui accorde un pouvoir d'influence limité. Sa composition rend la représentation des multiples professionnels qu'il regroupe difficile. Le fait que la DG et le DSP ne siègent pas eux-mêmes au comité exécutif du CM semble désavantager le pouvoir d'influence de l'instance. Les membres ne se sentent pas bien supportés et l'information est plus difficile à obtenir. Ils auraient certainement avantage à faire alliance avec les autres conseils professionnels, et avec le CII en particulier. Ils pourraient mutuellement faire front commun dans certains dossiers.

Le CMDP

Des trois présidents de conseil professionnels, le président de CMDP est sans aucun doute celui qui semble le plus politisé. Il détient le poste de président depuis trois ans et occupe aussi au CA le siège attribué au membre du CMDP. De plus il est chef de service de sa spécialité, ce qui l'amène à siéger sur différents comités au sein du CHNM. Ces fonctions lui assurent ainsi un réseau privilégié d'alliances et d'informations. Le CMDP est l'instance par laquelle la théorie de Kanter s'explique le mieux. D'abord, il faut se rappeler que les médecins ne sont pas à l'emploi de l'établissement de santé, comme le mentionne le président du CMDP:

«Il faut dire que les médecins sont des travailleurs autonomes, ils ont des privilèges dans l'hôpital. Nous ne sommes pas des employés de l'hôpital. Ça fait toute une différence. Moi je n'ai pas de supérieur immédiat qui s'appelle DG. Elle (la présidente du CII), veut, veut pas, son supérieur, c'est le DG. Moi, mon supérieur, c'est le ministre.»

Ainsi, les médecins, n'ayant de comptes à rendre à aucune structure d'autorité dans l'établissement de santé sauf au CMDP lui-même, la réalisation de la mission du CHNM repose sur le savoir-faire politique des gestionnaires pour assurer la collaboration de ces médecins. La négociation est donc au rendez-vous, et les partenaires prêts à faire

alliance avec les médecins sont nombreux. Les médecins sont à même d'exiger des pratiques de gestion et des ressources qui tiennent compte du savoir expert dont ils sont les uniques détenteurs. Et, bien qu'elles soient nécessaires, les ententes ne sont pas toujours faciles. Ceci transpire à travers toutes les entrevues menées dans le cadre de cette recherche:

«Quand le CMDP dit quelque chose, sûrement que cela a un poids un petit peu plus important que nous» (entrevue avec la présidente du CII).

*«Il va falloir que ça marche avec les médecins, que les médecins y trouvent leur intérêt, que les médecins y trouvent leur compte»....
«Écoutez, la différence entre le médecin et l'infirmière, c'est que le médecin n'est pas l'employé de l'hôpital, l'infirmière l'est. Alors tant et aussi longtemps que l'infirmière va être l'employée de l'établissement, et ça, ça ne changera pas, le rapport entre l'employeur et l'employé demeure. Tandis que le rapport que le médecin a, c'est qu'il fait une demande pour accéder à des privilèges» (entrevue avec la DG).*

«Mais j'ai l'impression qu'il (le CMDP) a infiniment plus d'influence que les deux autres conseils parce que dans l'hôpital, c'est les médecins qui mènent» (entrevue avec le président du CM).

«C'est certain que, de plus en plus, on oriente l'activité de gestion de manière concertée avec l'équipe médicale» (entrevue avec le DQSI).

Avec leur savoir exclusif, les médecins détiennent une ressource essentielle au bon fonctionnement du CHNM. En contrepartie, l'établissement détient les ressources permettant aux médecins de mettre en pratique ce savoir au service de la population. Ainsi, chaque partie détient donc un pouvoir de négociation important. Ceci favorise les alliances. Comme l'exprime son président, il est donc compréhensible que le CMDP porte ses intérêts envers les instances qui disposent des ressources nécessaires à son bon fonctionnement:

«Oui, mais comme on a déjà un ordre hiérarchique déjà établi dans la structure de santé qui fait en sorte que la direction du nursing est responsable de ça, on fait affaire avec la direction hiérarchique et pas avec le conseil (le CII)».

Le CMDP semble donc avoir un pouvoir d'influence substantiel au sein du CHNM. Ainsi, bien que plusieurs instances voudraient créer une alliance étroite avec le CMDP, le CMDP n'a pas nécessairement besoin de toutes ces instances. D'ailleurs, l'étudiante chercheuse le questionnant sur les partenaires les plus aidants pour son instance, le président du CMDP traduit bien son pouvoir de négociation et son pouvoir d'influence au sein du CII quand il dit faire cavalier seul:

«Dans la vie, on est toujours tout seul. Tout seul pour tout.»

Le président du CMDP a aussi mentionné ne pas bien connaître le CII. Il semblait avoir de la difficulté à démêler la DSI, le syndicat des infirmières et le CII:

«Pas beaucoup, car le CII sont des infirmières. Ce n'est pas la direction du nursing. Et on n'a pas travaillé beaucoup avec le CII. Je trouve qu'il y a un peu de syndicalisme, un peu d'élitisme par le CII. Et je n'ai pas travaillé avec eux autres là. Je mélange, c'est vrai, car selon moi tous les gens, le CII avec la direction du nursing, ce n'est pas la même chose, non?». «Alors nous avec le CII on n'a rien. On a zéro contact. Je ne sais même pas qui est là-dedans. Je ne connais rien. Zéro, zéro». «J'ai plein de comités de liaison avec la direction nursing. Je n'ai jamais vu quelqu'un du CII. Jamais, jamais, jamais, jamais! Je ne sais même pas ce qu'ils font dans la vie. Aucune idée. Je sais que c'est vraisemblablement des infirmières, que je mets, moi, entre le syndicat et les soins nursing, mais au fond, je n'en ai aucune idée. Et on ne travaille pas ensemble. Et quand je parle avec les autres présidents de CMDP ailleurs au Québec, milieu académique ou non académique, dans le milieu communautaire, enseignement ou non, francophone, anglophone, c'est pareil. Ils ne savent pas c'est quoi».

Or, ce même président a siégé sur le comité interdisciplinaire avec les présidents des deux autres conseils professionnels pendant deux ans. Ou bien il confond véritablement le CII et la DSI et croyait que la présidente du CII était une représentante de la DSI, ou bien il perçoit les CII comme une menace et préfère minimiser son influence. Est-ce que cela ne cacherait pas une crainte de voir, via leur CII, les infirmières prendre le pouvoir «sur», ce qui pourrait leur accorder une certaine forme de contrôle sur

les ressources? Cette «confusion» ne pourrait-elle pas être une tactique [inconsciemment] déployée pour rendre moins visible la véritable contribution des infirmières au système de santé?

Quoi qu'il en soit, le CMDP du CHNM a un pouvoir d'influence reconnu par toutes les instances. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne la direction générale pour qui le CMDP est incontestablement un allié de la plus haute importance comme peuvent en témoigner les ressources mises à leur disposition. D'abord, le bureau de CMDP est situé à quelque pas du bureau de la DG. Il bénéficie d'un bureau à l'usage exclusif du président du CMDP. Le bureau adjacent au sien est occupé par une secrétaire, employée de l'établissement, au service exclusif du CMDP. La présence constante de celle-ci assure une continuité entre les membres, le CMDP et la direction de l'établissement. L'établissement fournit aussi le matériel d'informatique, de télécommunications et de bureau.

Le CMDP est donc incontestablement une instance avec qui les partenaires du réseau doivent et veulent s'allier. Ce conseil semble bien positionné dans les structures de pouvoir de l'établissement, pour ne pas dire dans l'ensemble du réseau de santé, et il peut exercer son pouvoir d'influence à plusieurs niveaux de la gouverne, comme en témoignent les données recueillies. Par ailleurs, le CMDP va surtout privilégier les partenaires qui détiennent les ressources dont il a besoin pour exercer sa profession, appuyant ainsi la théorie de Kanter (1977/1993).

La synthèse des résultats en lien avec le pouvoir informel est présentée au tableau 4 qui suit.

Tableau 4 – Le pouvoir informel: synthèse des résultats

<p>Pouvoir informel (les alliances)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le CII détient un certain pouvoir d'influence qui est reconnu au CHNM mais sa présidente souhaiterait voir s'étendre les limites de ce pouvoir d'influence • Les alliés du CII proviennent principalement des acteurs émanant plus spécifiquement des soins infirmiers • Bien que les membres élus du CECII reconnaissent l'intérêt d'assister aux réunions publiques du CA, aucun d'entre eux n'y assiste faute de temps • La présidente du CII est sensibilisée au fait que les alliances peuvent accroître le pouvoir d'influence de son instance et estime que cet aspect politique est à développer au CHNM • Selon la présidente du CII, le pouvoir d'influence semble aussi conditionné par les caractéristiques personnelles des individus qui composent le CECII • Le CII a été identifié comme un allié par la DG, le DQSI et la présidente du CA • Malgré le fait que les trois conseils professionnels détiennent légalement un mandat presque semblable, la présidente du CII, à l'instar du président du CM, croit que le CMDP a un pouvoir d'influence supérieur auprès des décideurs du CHNM
---	--

Les structures de pouvoir

Voyons maintenant comment, comme l'exprime Kanter (1977/1993), le pouvoir formel et le pouvoir informel influencent la position qu'occupe le CII dans les trois structures de pouvoir.

La structure de pouvoir

Cette structure réunit trois sources distinctes de pouvoir, soit l'information, le support et les ressources. Selon Kanter (1977/1993), le niveau d'accès à ces sources de pouvoir va être déterminant dans l'acquisition de pouvoir permettant la mobilisation des

ressources nécessaires pour accomplir sa mission ou son mandat. Ce niveau de pouvoir est proportionnel au niveau d'autonomisation d'un individu ou, en l'occurrence, d'une instance professionnelle dans un établissement de santé. Il est donc important de comprendre à quel niveau se situe le CII du CHNM dans la structure de pouvoir. Ceci pourra expliquer le niveau d'autonomisation du CII et permettre de mieux saisir l'étendue de sa contribution dans l'établissement.

Les ressources

Si l'on considère le pouvoir tel que défini par Kanter (1977/1993), le CII du CHNM devrait avoir accès aux ressources nécessaires afin de réaliser pleinement son mandat. Ainsi, selon la présidente du CII, le CHNM mets à la disposition de l'instance les éléments suivants afin de faciliter la réalisation de son mandat:

«On est respectées par la direction. On se sent appuyées et écoutées. On a beaucoup d'autonomie donc, ça aussi, c'est valorisant pour nous, même si je dois rendre des comptes sur les activités...». «Moi, j'ai l'impression qu'on travaille en étroite collaboration, puis le but de tout le monde, malgré les contraintes importantes du réseau, les contraintes budgétaires, c'est d'améliorer la qualité des soins. Déjà là, quand on s'implique dans un CII puis qu'on sait que la direction nous appuie, puis qu'ils travaillent dans le même sens que nous autres, bien, on est motivées puis on veut faire avancer les choses.»

Le président du CM dira sensiblement la même chose, mais il soulève un autre facteur intéressant. En effet, d'être avant tout sollicité pour un avis ou une recommandation est selon lui un facteur facilitant. Or, il trouve justement que cet aspect manque dans l'organisation:

«Il y a aussi des dispositions qui sont plus des dispositions d'esprit et non pas des choses matérielles qui peuvent être des choses facilitantes. Si on sent, qu'au niveau de l'administration, on a une oreille attentive ou on a de l'intérêt pour venir nous consulter, nous donner des mandats, ça peut être quelque chose d'intéressant aussi.»

Les présidents des trois conseils professionnels ont d'ailleurs tous les trois souligné le fait qu'ils estiment ne pas être assez consultés. Toutefois, le président du CM est le seul à faire un lien direct avec les conditions facilitantes.

Un autre facteur facilitant soulevé par la présidente du CII est le budget alloué pour le fonctionnement de l'instance, facteur essentiel pour la survie du CII, comme elle le mentionne:

«Parce que c'est sûr qu'initialement, si on n'était pas libérées pour ce qu'on fait, bien, si on veut éteindre un CII, on a juste à diminuer son budget».

Ainsi, alors que la DG qualifie le budget accordé au CII d'«intéressant», la présidente du CII, elle, soutient:

«On a aussi une facilité budgétaire à se faire remplacer. Quand je suis allée à une réunion au congrès des CII, les gens, la barrière qu'ils avaient, c'est qu'ils n'avaient pas beaucoup de journées de libération pour exercer leurs fonctions. Par contre, je trouve qu'après avoir discuté avec d'autres présidentes, nous, on était quand même favorisées dans ce sens-là, quoiqu'il y aurait encore...Le budget devrait être rehaussé, notre budget, autant le CII que CIIA, surtout dans le nouveau réseau pour vraiment remplir les objectifs de notre mandat.»

Il semble donc y avoir une disparité en ce qui à trait au budget alloué. Ce sont surtout les propos tenus par le président du CM qui laissent entrevoir le manque à gagner quant au support financier:

«Ça été long avant de...qu'il y ait des mesures facilitant des mises en place de façon officielle, parce qu'on n'avait pas de politiques jusqu'à il y a deux ans. On a finalisé une politique un peu plus précise dans la façon de faire les choses. Par exemple, comme regarder l'imputabilité des heures passées à faire un travail pour le CM.»

L'ensemble des propos de la présidente du CII et du président du CM laissent percevoir que le budget pour les libérations aux fins de réunions ou de colloques, bien qu'essentiel, n'est pas suffisant. Il y a aussi le temps consacré à la recherche, aux entrevues, aux consultations souvent nécessaires lors de l'élaboration des avis ou des recommandations qui semble ne pas être pris en compte. Il faut ensuite penser au temps accordé à la rédaction du texte. Tout ceci semble être fait en dehors des heures de travail, ce qui pourrait expliquer le manque de disponibilité et la démotivation des infirmières.

Donc, pour réaliser leur mandat, les membres du CECII doivent jongler avec les heures de libérations allouées pour les réunions, comme le révèle ici la présidente du CII:

«Donc dans une de nos réunions, nous sommes allées recueillir de l'information auprès de l'assistante qui était en place, qui est une remplaçante mais qui avait une formation en soins de longue durée. On a rencontré le chef de service qui nous a exposé la problématique».

Or, il a déjà été démontré que les réunions sont, pour le CII, l'occasion privilégiée pour l'échange et la transmission d'informations. Le fait d'avoir à amputer des heures réservées aux réunions afin de réaliser d'autres aspects de son mandat prive le CII d'une source importante d'information. La présidente est consciente que les activités d'un CII se déterminent en grande partie par le budget qui lui est accordé. Or, l'organisation des soins infirmiers semble être un obstacle majeur à la participation des membres. Couvrant un service 24 h sur 24 sept jours semaine, les membres doivent être remplacés pour remplir les multiples obligations du CII. La présidente donne un exemple concret des obstacles occasionnés par la prestation de soins, obstacles qui rendent difficile la participation des membres et les démotivent. La présidente cherchait des infirmières intéressées à siéger sur un comité. Or, les réunions devaient se tenir sur l'heure du midi. Les infirmières qui provenaient d'un site autre que le centre hospitalier devaient s'y rendre, manger pendant le déroulement de la rencontre et retourner au travail, le tout dans un délai de 45 minutes, soit le temps alloué pour le repas.

Le problème semble moins compliqué quand la personne peut déplacer ses rendez-vous, comme le président du CM le souligne si bien dans les propos suivants:

«Les techniciens. c'est très difficile de les rejoindre. Ce n'est pas évident parce que leur réalité de travail est différente de celle des professionnels. Il faut qu'ils soient remplacés. Quand ils viennent participer à une réunion, c'est très compliqué. Il faut toujours que ce soit prévu d'avance parce qu'il faut qu'il y ait un remplacement qui soit fait. Et puis même quand il y a un remplacement, dépendamment de ce que la personne fait, ça remplace pas à 100%, il y a un travail qui s'accumule ou une pression qui se fait, si bien que ça a l'air plus difficile pour eux de se libérer ou de venir participer dans des structures comme ça. Pour des professionnels qui gèrent leur agenda de façon un peu plus personnelle je dirais, comme les cas des psychologues, les travailleurs sociaux, ergothérapeutes, bon, chacun a ses clients qu'il gère, il cédule des entrevues et tout ça, il est moins pris dans une machine où il y beaucoup d'autres intervenants avec qui il faut qu'il se coordonne; donc, c'est plus facile».

Enfin, bien que le budget soit insuffisant pour bien réaliser le mandat, la présidente du CII, lorsqu'elle compare avec d'autres établissements, considère le CII du CHNM chanceux de pouvoir bénéficier d'un certain budget de fonctionnement même insuffisant. Ceci dénoterait-il une certaine résignation de la part du CII quant au budget limité de fonctionnement qui lui est accordé? Chose certaine, la distribution des soins semble être un facteur important à considérer dans la détermination du budget qui est alloué au CII.

Ainsi, ce qui, dans les propos suivants de la présidente du CII, semble perçu par elle comme de la démotivation ou encore, de l'indifférence, pourrait tout simplement être relié à un budget de fonctionnement insuffisant:

«Je me dis comment ça que les filles qui sont sur le plancher viennent pas nous consulter davantage. On a une boîte vocale, on n'a jamais de messages. C'est pas parce qu'on n'est pas accessibles, la boîte vocale ce n'est pas compliqué, t'as quatre chiffres à composer. On n'a pas été capables de cerner ce pourquoi on est peu consultés par les infirmières.

Mais ce sont des acteurs importants pour qu'un CII soit en force et qu'on puisse vraiment réaliser notre mandat.»

Pour questionner, informer, dénoncer ou participer, encore faut-il en avoir le temps et l'occasion. Un budget de fonctionnement plus substantiel pourrait permettre aux infirmières de prendre le temps de s'impliquer dans la réalisation du mandat du CII.

Le support clérical est aussi un autre facteur mentionné comme étant facilitant par la présidente du CII:

«...d'avoir une secrétaire efficace, ça ne nous aide pas à peu près. On a une secrétaire qui est avec la DSI qui nous tape nos comptes rendus, nos procès-verbaux, nos ordres du jour, nos avis et recommandations. Quand ce n'est pas cette secrétaire-là, j'ai ma vice-présidente qui, elle, a une secrétaire dans son secteur. Donc, on a une bonne collaboration de ce côté-là.»

Il semble que le CM ait aussi accès aux services d'une secrétaire:

«On avait quand même du support d'une secrétaire de direction pour faire les convocations, rédiger et taper les procès verbaux et tout ça. C'était quelqu'un d'entre nous qui prenait les notes, on pouvait envoyer les notes à la secrétaire pour qu'elle les mette au propre ou le faire soi-même, selon l'organisation de chacun.»

Il semble que personne n'ait pensé à demander que la secrétaire assiste aux réunions formelles du CECII afin de prendre les notes et de rédiger le procès verbal. De toute façon, ce service n'est pas suffisant et, comme le dit la présidente, les membres du CECII doivent souvent faire eux-même du travail clérical:

«Il y a des avis au tout début que j'ai faits qui ne sont pas dactylographiés j'ai composés par conférence téléphonique avec mes membres, parce qu'on manquait de temps. On me demandait rapidement des avis et la secrétaire n'avait pas le temps de les faire.»

La DG est toutefois consciente que cette ressource qu'est le soutien clérical devrait être rehaussée et, bien qu'elle ne dise pas pourquoi elle maintient le statu quo, on se doute qu'il s'agit d'insuffisance budgétaire:

«Idéalement, j'aimerais ça qu'il (le CII) puisse être soutenu plus activement au niveau clérical et secrétariat.»

Au moment de la recherche, le CII du CHNM venait d'obtenir, quelques semaines auparavant, un local qu'il doit cependant partager avec le CM et le CIIA. La présidente du CII y voit là une forme de reconnaissance de la part de la direction:

«Ca c'est nouveau. Notre fameux local donc, on sent que l'organisation veut que le CII, le CIIA et aussi le CM, que les différents conseils prennent leur place. Ça, on sent une volonté là-dedans.»

Lors de l'entrevue, l'aménagement du local n'était pas encore amorcé et ce sujet n'a pas été abordé. Il aurait été intéressant de savoir s'ils auront accès à de l'équipement informatique, de communication, clérical, etc. Si on se fie aux propos de la DG qui semble considérer le local plutôt comme un espace de rangement pour les deux conseils, on pourrait supposer que l'aménagement sera assez parcimonieux:

«C'est sûr que le soutien qu'ils m'ont demandé au tout début, c'était d'avoir un bureau où ils pouvaient ranger leurs affaires et on est très, très, très à l'étroit dans l'organisation. Mais on a réussi, un an plus tard, à leur trouver un espace qu'ils vont partager avec le CM.»

Donc, le local semble davantage répondre à un besoin de rassembler et d'entreposer les documents des instances professionnelles. La présidente du CII a aussi mentionné que ça pourrait également servir d'endroit où tenir des réunions informelles occasionnellement. Et, bien que cela puisse sembler comme une acquisition importante, le président du CM semble peu convaincu de son utilité. En effet avoir un local sans équipement et sans secrétaire pour assurer une continuité ne semble pas être vraiment

aidant. Il faut un local fonctionnel, avec les ressources matérielles et humaines nécessaires pour assurer un suivi même lorsque les membres du CECII n'y sont pas. Or le local que viennent d'obtenir le CII et le CM, sans les ressources nécessaires, ne devient effectivement qu'un entrepôt pour ranger les documents et un lieu pour tenir des réunions au besoin.

Une comparaison avec le CMDP permet de mieux comprendre l'impact de cette absence de ressources sur le fonctionnement du CII et du CM. Parmi les facteurs facilitants, le président du CMDP mentionne: «... *une bonne secrétaire et des collaborateurs à l'exécutif qui sont bons*».

Une bonne secrétaire est la première chose qu'il nomme, et avec raison. Cette personne assure une permanence au CMDP et aide les membres de l'exécutif à faire le suivi de leurs dossiers. Ainsi, le seul facteur facilitant manquant identifié par le président du CMDP fut le manque de temps. Toutefois il trouve, sur ce point, la situation du CMDP défavorisée par rapport à celle du CII:

«Oui, le manque de temps! C'est une job que si on pouvait extensionner par 10 ça serait mieux, parce que c'est fou c'qui y a comme travail. [...] Les gens qui sont dans le CMDP là, on est tous des gens à temps partiel. Alors que les gens dans les soins nursing, ils sont libérés pour ça. Nous, ce n'est pas le cas. Alors c'est un peu asymétrique.»

Ce sont cependant les propos du DQSI qui résument le mieux la situation réelle du CII et des ressources qui devront être déployées par l'établissement de santé afin qu'une véritable reconnaissance de la contribution des infirmières puisse avoir lieu:

«Je vous dirais qu'ultimement le CII, s'il exerce à un niveau comparable à celui du CMDP, doit disposer vraiment d'une structure qui est reconnue dans l'organisation tant au plan du financement pour avoir un budget de fonctionnement, avoir des locaux disponibles, des ressources disponibles au plan informatique, téléphonie, etc. pour pouvoir mener à bien sa raison

d'être. Donc, ça leur prend une infrastructure organisée pour être capables d'exercer leur pleine responsabilité. Donc, en termes de soutien technique là, je pense qu'il y a cette dimension-là. Est-ce que le CII est utilisé pleinement? Définitivement pas, dans le sens où ce n'est quand même pas un conseil dont la permanence est accessible régulièrement. Ils se donnent des moyens de se rejoindre via une boîte vocale, mais l'exécutif est réduit en nombre. Ici, on parle de 4 personnes qui représentent à peu près 700 quelques infirmières actuellement. On va passer à au-delà de 1000. Alors, ce n'est pas beaucoup de personnes pivots qui peuvent rejoindre un aussi grand bassin d'infirmières. La loi est limitative en termes de représentants, euh... je pense qu'il y a beaucoup à faire pour que le CII soit davantage accessible, non pas qu'ils ne sont pas accessibles mais que les équipes qui y aient accès en termes de pertinence là, c'est à développer.»

La disposition physique des lieux est aussi un indicateur qui renseigne sur la position des différents acteurs du CHNM dans la structure de pouvoir. Ainsi, la direction générale et la DSP occupent des locaux adjacents situés au rez-de-chaussée du bloc administratif. Le CMDP se trouve presque en face de ces locaux et la direction des ressources financières est située dans une aire avoisinante. La DOC est au rez-de-chaussée d'un bloc adjacent au bloc administratif et la bibliothèque également au rez-de-chaussée d'un autre bloc pareillement adjacent. Pour sa part, la DQSI est installée aux étages supérieurs du bloc où se trouve la bibliothèque. Quant au local partagé par le CII et le CM, il se trouve dans le même bloc et au même étage que la DQSI et il faut parcourir un méandre de couloirs pour y accéder. Ainsi, la position géographique des différentes instances et directions démontre bien qui sont les alliés importants de l'organisation, ou plutôt, de la direction générale.

L'information

Pour exercer son mandat, le CII doit avoir accès à l'information concernant les activités du CHNM. Plus l'information est pertinente, plus le CII pourra contribuer aux prises de décisions. Alors quel est le réseau informationnel du CII?

Selon les données recueillies, il semble que les réunions formelles soient les lieux privilégiés d'échange d'information pour le CECII. Il est certain que la présence du DG et du DQSI y contribuent grandement. Ceci est tellement vrai que les membres du CECII n'hésitent pas à user de stratégies dans la planification et le déroulement des réunions formelles, comme l'indique la présidente du CII:

«Avec l'ex DSI, on les (les ordres du jour) faisait conjointement et stratégiquement. Là, le DQSI, dû à son rôle enrichi n'a pas de temps. Donc je les décide moi même après en avoir parlé avec mes membres. [...] Mais des fois, on modifie les points à l'ordre du jour en cours de route parce que parfois la DG doit quitter. Donc, on essaye de développer une stratégie, comme moi j'apporte un point, après ça ma vice-présidente va dire ok apporte le comme ça, moi je vais apporter ça. Donc on se fait comme une stratégie d'amener un point avec des arguments».

En ce qui concerne la DG, il semble que les réunions soient aussi une belle fenêtre d'opportunité pour recevoir de l'information provenant de la base:

«Donc c'est une table qui permet aussi au DG et à l'administration d'avoir des informations montantes sur certains enjeux, de situations dangereuses, ou situations de pratiques non conformes qui nous permettent d'agir aussi. Alors, c'est une autre source d'information qui vient directement du plancher, qui vient directement du "frontline"».

Les réunions sont donc, de part et d'autre, un lieu riche en échange d'informations. Elles servent aussi à recevoir des personnes clés. L'observation directe d'une réunion du CECII a permis de constater la présence d'une invitée permanente en la personne de l'adjointe à la DQSI. En plus d'appuyer le DQSI, cette personne a le mandat «qualité» dans l'organisation. Elle détient un poste stratégique et peut être une ressource importante dans la transmission d'informations. Aussi, selon la présidente du CII, les membres invitent sporadiquement des personnes qui ont de l'information à transmettre ou une demande à faire.

Le DQSI se perçoit aussi comme une personne clé dans le réseau d'information, comme en témoignent les propos de ce dernier:

«Je suis capable de faire des liens en termes de...de transmission d'informations, qui pourra justement bien aiguiller le CII à...à aborder les dossiers qui les préoccupent sous un angle efficace».

Sa position stratégique en fait une personne bien au fait des dossiers importants et prioritaires de l'établissement. La présidente du CII a mentionné à plusieurs reprises les liens étroits que le CECII avait avec la DQSI précédente. Toutefois, depuis le départ de cette dernière, le rôle du DQSI s'est vu rehaussé, lui laissant de moins en moins de temps pour rencontrer et collaborer avec le CECII. En conséquence, les membres du CECII se sentent moins bien informés.

Le réseau des contacts informels est aussi une source importante d'information connue et reconnue par la présidente du CII: *«...y a beaucoup de conversation de corridor [...], une petite rencontre qui influence beaucoup des fois».*

L'OIIQ et le colloque des CII sont aussi mentionnés par la présidente. Bien qu'elle ne le dise pas textuellement, elle y fait référence, ce qui laisse croire que ce sont aussi des sources d'informations pour le CII du CHNM.

En ce qui concerne le CA, le poste vacant étant non comblé, il est difficile pour le CECII d'obtenir de l'information provenant de cette instance stratégique. Toutefois, la présidente du CII affirme que la personne occupant ce poste était invitée et assistait habituellement aux réunions formelles du CECII. Dans un contexte où le poste au CA n'est pas vacant, cela constitue donc une autre façon pour les membres du CECII d'obtenir de l'information sur les dossiers et les activités de l'établissement.

Il est donc permis de croire que le CII possède un assez bon réseau d'information. Toutefois, il est clair que les réunions et le lien DQSI-CII sont les plus grandes sources d'information. À la lumière de la séance d'observation de la réunion du CECII, il a été constaté par l'étudiante chercheuse que l'information qui y circule semble pertinente et exacte. Le suivi avec l'observation d'une réunion du CA a permis de valider ce point. La transparence semble être de mise et un effort soutenu pour bien expliquer les enjeux tant pour les soins infirmiers que pour l'organisation est démontré. Il faut ajouter que les membres du CECII n'hésitent pas à consulter leurs infirmières, au besoin, afin de valider ou mieux comprendre une situation ou obtenir une information. Ainsi, il semble juste de croire que le CII prend les moyens nécessaires pour se tenir informé. Il est certain que si le CII pouvait étendre son réseau d'alliance en dehors du cercle des soins infirmiers, cela lui donnerait une autre avenue par laquelle il pourrait obtenir de l'information privilégiée.

Le support

Selon Kanter (1977/1993), sont supporteurs les personnes capables de mobiliser et d'appuyer le CII dans la réalisation de son mandat. Un bon supporteur va prendre l'instance sous son aile et le faire cheminer dans l'établissement de façon que sa contribution soit visible. Alors qui sont les personnes susceptibles d'appuyer le CII?

La présidente du CII en identifie quelques-unes: «*D'avoir une DG qui croît au CII, cela fait qu'on se sent appuyé.*» Elle ajoutera que le fait de se sentir écouté et respecté est aussi une forme de support qui est grandement appréciée. Toutefois elle ajoute qu'il pourrait y avoir une amélioration en ce qui a trait à l'implication du CII dans les prises de décisions. Ce souhait avait aussi été formulé par les présidents respectifs du CM et du CMDP. Ainsi, bien que l'on mette à sa disposition certaines ressources, le CII pourrait bénéficier d'un plus grand support de la direction, comme l'étude a déjà permis de le constater. En revanche, la DG semble bien comprendre le rôle soutien qu'elle exerce à l'endroit du CII:

«Comme DG, je dois soutenir le CII. C'est important pour une DG de soutenir et d'encourager les activités du CII en lien avec les objectifs de l'organisation, de les pister sur des préoccupations qu'on pourrait avoir dans l'organisation et des préoccupations de la DG»

La DG semble aussi consciente du rôle important que joue le pouvoir formel qui découle de la structure hiérarchique par rapport à la reconnaissance du CII au sein de l'établissement, comme ses propos en témoignent:

«Ici, je pense que le CII est perçu avec grand respect. Et ce respect là, il vient de la direction générale. Le respect d'un CII est proportionnel à l'importance qu'un DG lui donne et à l'importance des mandats de consultation et d'avis qu'il est porté à demander au CII.»

Il faut se rappeler que les présidents des trois conseils professionnels ont tous mentionné ne pas être assez consultés. De plus, l'étude semble soutenir que les avis demandés par les gestionnaires ont un meilleur suivi que ceux initiés par les conseils eux-mêmes. Est-ce que les derniers propos cités seraient un indicateur de l'importance réelle accordée par la direction aux trois instances et, par le fait même, un indicateur de la position que chacune d'elles occupe dans les trois structures de pouvoir?

Selon le témoignage de la présidente du CII, le plus grand leader et supporteur de celui-ci est incontestablement le DQSI. Elle y fera souvent référence pendant l'entrevue et ses propos rapportés à travers ce chapitre permettent de mieux cerner le rôle stratégique de la DQSI en ce qui concerne l'appui au CII.

L'importance de l'appui du DQSI envers le CII est aussi reconnue par ce dernier:

«Maintenant, au niveau du soutien professionnel, je pense que le rôle du directeur des soins infirmiers est très important pour assurer le suivi de leurs préoccupations au sein de l'organisation, faire un peu l'interface du CII auprès du comité de direction, s'il y a lieu à travers mon rôle de directeur.»

Et le DQSI croit aussi que le support du DG est un élément important pour le CII:

«Je pense que, au niveau du soutien, le CII doit avoir une écoute importante de la direction générale à travers les dossiers qui les préoccupent là, donc, que la direction générale soit également impliquée à travers les dossiers du CII, pour moi, c'est une forme d'appui qui est importante.»

La présidente croit, pour sa part, que les membres qui en font partie peuvent aussi soutenir le CII. Elle en fera mention à quelques reprises au cours de l'entrevue tout en s'interrogeant sur la non implication des infirmières.

Cet état de fait perdure malgré les actions mises de l'avant par le CECII pour sensibiliser les infirmières. L'explication se trouve peut-être justement dans le fait que le pouvoir des infirmières est enfermé dans la structure organisationnelle, comme le stipulent Ashley (1973), Dallaire (2002) et Kanter (1977/1993) et comme semble le démontrer cette recherche. C'est-à-dire que le pouvoir est là, mais son accessibilité est limitée aux instances détenant une position avantageuse dans les structures de pouvoir. Ainsi, les propos recueillis auprès de la présidente du CII et du président du CM traduisent clairement la démotivation des membres lorsque la contribution de ceux-ci semble ne pas susciter de changements, ce qui vient appuyer la théorie de Kanter. L'absence d'influence sur les prises de décisions génère, selon Kanter (1977/1993), un comportement de démotivation et de désengagement envers l'instance et l'organisation.

Aussi, la présidente du CII ajoutera que le support des chefs de service est lui aussi important dans la réalisation du mandat de l'instance:

«Moi, en tant que présidente, d'avoir un chef de service qui croit à ça, ça m'aide beaucoup pour mes libérations, pour rallonger mes temps de dîner comme aujourd'hui. Je suppose que les autres membres aussi, d'avoir un chef de service qui y croit et qui les appuie, ça doit aider beaucoup.»

Donc, il faut que l'ensemble des infirmières de l'établissement croient assez en cette instance pour favoriser des conditions qui facilitent l'implication des membres. Ceci semble avoir un impact direct sur la motivation des infirmières à s'impliquer au CII.

Enfin, il y a un aspect particulier que les trois présidents des conseils professionnels ont mentionné comme étant un facteur déterminant pour l'influence de leurs instances, et c'est la crédibilité des représentants. Bien que Kanter (1977/1993) ne le spécifie pas directement, elle le sous-entend dans sa théorie lorsqu'elle affirme qu'une personne crédible peut avoir un pouvoir informel plus important ou plus influent qu'une personne non crédible détenant un poste cadre conférant un pouvoir formel. Ainsi, la crédibilité des individus serait, selon la présidente du CII et les présidents du CM et du CMDP, un atout important dans la reconnaissance des instances professionnelles.

Enfin, les associations et les ordres professionnels ont aussi été identifiés par la DG comme étant des sources potentielles de support aux conseils professionnels. Elle prendra à témoin l'association des CMDP qui semble être un soutien important:

«Alors les gens qui sont là sont des leaders. Est-ce que les leaders pourraient être mieux outillés en termes de formation, en termes de la compréhension de leur mandat? Certainement. Est-ce que c'est à l'OIIQ peut-être de développer ce potentiel? Peut-être! Je sais que ce n'est pas le collègue des médecins, chez les médecins, qui développe ce potentiel. Ils se sont donné une association indépendante et les CMDP, les médecins cotisent ou les CMDP cotisent à cette association. Il y a des établissements où c'est l'établissement qui paie la cotisation de l'association. Est-ce que ça serait intéressant pour les infirmières de mettre en place leur propre association qui les aiderait peut-être à les structurer puis les appuyer dans l'actualisation de leur mandat? Peut-être!»

L'étudiante chercheuse fait un lien avec les regroupements régionaux de CII qui ont beaucoup de difficulté à s'organiser, faute de ressources financières et de ressources humaines. Voici ce que la DG avait à dire à ce sujet:

« Bien c'est ça, exactement. À Montréal justement, il y avait un regroupement des CECII je pense du côté anglophone. Mais c'est sûr que quand t'as pas de structure à la base, une permanence qui peut supporter, ça va pas très loin. Ça continue à être du bénévolat ».

Toutefois, elle ne mentionne pas si l'établissement serait prêt à investir des ressources afin d'appuyer une semblable démarche.

Ainsi, le CII occupe, dans la structure de pouvoir, une position qui lui donne accès à certaines ressources lui permettant de réaliser une partie de son mandat. Mais pour le réaliser pleinement, il faudra que l'instance puisse avoir accès à plus de ressources et plus de support. Comme le mentionne le DQSI, il va falloir une véritable volonté politique de la part des gestionnaires pour que le CII puisse exercer tout le potentiel de son pouvoir d'influence. Le tableau 5 qui suit présente la synthèse des résultats obtenus qui concernent la structure de pouvoir.

Tableau 5 – La structure de pouvoir: synthèse des résultats

Structure de pouvoir	Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Au CHNM, le CECII bénéficie d'un budget de fonctionnement, mais ce dernier ne lui permet pas de rencontrer tous les besoins qui découlent de son mandat • Les membres doivent prendre du temps de pause, du temps de repas et des journées de congé pour assumer l'ensemble des responsabilités du CECII • Du temps réservé pour des réunions du CECII doit parfois servir à faire de la consultation ou de la recherche pour les fins d'un avis à produire • Le CECII dispose d'une boîte vocale afin que tous les membres du CII puissent le contacter • Un local partagé entre le CM et le CII venait d'être accordé. Toutefois, aucune donnée n'a été recueillie sur l'aménagement éventuel du local, à savoir si de l'équipement de bureau serait alloué et de quel ordre serait celui-ci • Selon la DG, le local va servir d'avantage pour l'entreposage de documents • Le support clérical est offert par la secrétaire du DQSI. Toutefois, la DG, le DQSI et la présidente du CII ont tous été d'avis que cette ressource est insuffisante • Le DQSI estime que le CECII devrait bénéficier d'une infrastructure reconnue, avec des locaux, des ressources informatiques, de communication et financières, pour pouvoir exercer ses responsabilités d'une façon comparable à ce que fait le CMDP
----------------------	------------	---

Structure de pouvoir	Information	<ul style="list-style-type: none"> • Les réunions formelles du CECII constituent la principale source d'information pour le CII du CHNM • La DG et le DQSI sont habituellement présents aux réunions formelles du CECII et un point leur est systématiquement réservé à l'ordre du jour afin qu'ils puissent transmettre de l'information • L'ordre du jour est planifié stratégiquement afin que les membres du CECII reçoivent toute l'information dont ils ont besoin • À cause de sa position hiérarchique dans la structure organisationnelle du CHNM, le DQSI est une personne ressource pour le CECII en ce qui concerne la transmission d'informations • L'information échangée lors de la réunion formelle du CECII observée a semblé pertinente et appropriée • Le « lobbying » est une stratégie qui semble aussi permettre la collecte d'informations • Habituellement, l'infirmière désignée pour siéger au CA est aussi présente aux réunions formelles du CECII, ce qui permet d'obtenir de l'information sur les dossiers en cours au CA (cette personne n'avait pas encore été désignée par le ministre au moment de l'étude) • L'OIIQ est aussi identifié comme étant une source d'information d'ordre générale
	Support	<ul style="list-style-type: none"> • La présidente du CII estime être écoutée et respectée par la DG • La surcharge de travail du DQSI reliée à ses nombreux mandats prive le CECII d'un support plus substantiel de la part de cette personne ressource importante • Le CECII aimerait avoir plus de support de l'ensemble des membres du CII • Le support des chefs d'unité pour la participation des membres aux activités du CECII et du CII est identifié comme élément essentiel • L'OIIQ est identifiée comme un supporteur du CII

La structure d'opportunité

Selon Kanter (1977/1993), la structure d'opportunité fait appel aux opportunités accordées à un individu ou à un groupe d'individu qui lui permettent de grimper l'échelle de pouvoir et d'accéder à la reconnaissance et à l'autonomie professionnelle. Autrement dit, c'est l'art de rendre un individu ou un groupe d'individus visible et crédible auprès des décideurs. En se référant aux éléments de Kanter (1977/1993), il est facile de comprendre que les acteurs avec qui un individu fait alliance peuvent influencer le niveau d'accès à la structure d'opportunité.

Le fait que le CII du CHNM semble avoir un cercle d'alliés qui se restreint aux acteurs provenant des soins infirmiers, et plus spécifiquement, à la DQSI, influence son niveau d'accès à la structure d'opportunité. À la lumière de la théorie de Kanter (1977/1993), il convient de croire que le CII est directement influencé par la position de la DQSI dans cette même structure. Or, bien que la présente étude ne porte pas spécifiquement sur l'évaluation de la position de la DQSI dans la structure d'opportunité du CHNM, les données recueillies donnent un aperçu de ce que cette position pourrait être. Ainsi, le fait, qu'en attribuant un rôle-conseil à la DQSI, on ait retiré à cette direction ses responsabilités administratives envers les soins infirmiers ainsi que sur la distribution des effectifs infirmiers, le fait que la nouvelle DQSI conseil s'est vue attribuer un local géographiquement éloigné de la DG, tout comme le fait qu'on ait permis que cette DQSI conseil en intérim puisse avoir une charge de travail démesurée dans une période de restructuration importante, se conjuguent tous pour laisser croire que cette nouvelle direction n'occupe probablement pas une position très élevée dans la structure d'opportunité. Ceci va inévitablement se répercuter sur le CII, à moins que ce dernier puisse élargir et diversifier son réseau d'alliés.

Par exemple, lors de la séance publique du CA observée, les médecins ont présenté aux membres le plan de restructuration visant à désengorger l'urgence de même que les résultats de la surveillance des infections nosocomiales; par ailleurs, un membre

du comité des usagers a présenté la philosophie de milieu de vie pour les usagers en soins de longue durée. Donc, trois dossiers à l'élaboration desquels les infirmières ont participé et, qu'inévitablement, elles seront appelées à mettre en œuvre. Malgré ce fait, aucune infirmière n'a co-présenté ces dossiers. Questionné à ce sujet, le DQSI a répondu qu'il y avait un infirmier qui accompagnait le membre du comité des usagers. Toutefois, cet infirmier était le chef de programme et il n'a fait qu'introduire la personne qui a fait la présentation. La collaboration implicite des infirmières n'a pas été soulignée. Ceci pourrait constituer un indicateur de la faible position que le CII occupe dans la structure d'opportunité de l'organisation.

Aucune donnée recueillie n'a démontré qu'un acteur influent ait agi pour rendre visible l'action du CII auprès des décideurs, mise à part l'aide apportée par le DQSI pour assurer le suivi de certains avis et recommandations émis par l'instance professionnelle, lesquels n'avaient toujours pas eu de suite. Cependant, à plusieurs reprises la présidente du CII a fait référence à la DSI antérieure qui semblait mettre de l'avant le CII auprès de la direction. D'ailleurs, selon la présidente du CII et la DG, c'est la DSI qui a adressé la demande pour que l'instance puisse avoir un local. Toujours selon la présidente du CII, la DSI antérieure n'hésitait pas à leur transmettre de l'information privilégiée afin que l'instance professionnelle puisse agir là où elle-même risquait d'être limitée par la structure hiérarchique.

Un autre indicateur de la position occupée par le CII dans la structure d'opportunité concerne les avis qui lui sont adressés. C'est surtout le président du CM qui réalise que le pouvoir d'influence des conseils professionnels est dépendant notamment des avis qui lui sont demandés, de la fréquence à laquelle ils sont demandés et surtout de la raison pour laquelle ils le sont:

«Si on sent, qu'au niveau de l'administration, on a une oreille attentive ou on a de l'intérêt pour venir nous consulter, nous donner des mandats, ça peut être quelque chose d'intéressant aussi là. Je pense que c'est même

majeur. Je dois dire qu'on n'en a pas eu beaucoup de sollicitations formelles de la part de la direction générale de l'hôpital, de la part du conseil d'administration, dire j'aimerais que le conseil se penche sur telle problématique et nous donne un avis. [...] Quand on n'a pas ça, on a l'impression d'être comme un engrenage suspendu en l'air qui n'a pas de courroie de raccordement avec le reste de l'appareil».

Donc, il semble que le CII ne puisse compter que sur des acteurs provenant de la direction des soins infirmiers ainsi que sur lui-même pour se faire valoir. Les infirmières semblent laissées à elles-mêmes pour créer les opportunités qui les rendront visibles et crédibles. Elles devront, comme le laisse entendre la présidente du CA, saisir les opportunités qui leur permettront de gravir les structures de pouvoir afin que leur contribution soit enfin pleinement reconnue:

«Mais, quand je vous dis qu'il faut qu'elles prennent leur place! On se comprend?»

Le tableau 6 présenté ci-dessous résume les résultats relatifs à la structure d'opportunité.

Tableau 6 – La structure d’opportunité: synthèse des résultats

Structure d’opportunité	<ul style="list-style-type: none"> • Les faits d’être consulté et de recevoir des demandes d’avis sont considérés par le CECII comme une opportunité • Les alliés du CECII influencent sa position dans la structure d’opportunité • Les éléments recueillis portent à croire que le nouveau rôle-conseil du DQSI a abaissé la position de ce dernier dans la structure d’opportunité du CHNM, influençant par le fait même la position qu’y occupe le CII • Le CII ne semble pas conscient de toutes les opportunités que pourrait lui offrir le CA • Aucune donnée recueillie n’a démontré qu’un acteur influent ait agi pour rendre visible l’action du CII auprès des décideurs • La direction ne tient pas toujours compte des avis initiés par le CECII à la demande de l’un de ses membres • Le CII semble ne pouvoir compter que sur les infirmières elles-mêmes pour créer les opportunités susceptibles de le rendre visible et crédible
-------------------------	---

La structure des proportions

La structure des proportions fait référence au nombre ou aux proportions de représentants d’un groupe dans l’ensemble d’une organisation. On peut faire une analogie avec les classes sociales et de l’adage qui stipule «qui se ressemble s’assemble». Ainsi, un individu qui appartient à un groupe déterminé et qui est promu dans un poste principalement occupé par des individus d’un groupe différent sera confronté à une dichotomie par rapport aux attentes et à la loyauté envers l’un et l’autre groupe. Ceci donne lieu à ce que Kanter appelle un rôle "jeton" (*tokenism*) où l’individu est appelé à devenir un symbole pour chacun des deux groupes qu’il représente désormais. Pour le groupe d’origine, il symbolise la réussite et surtout un allié qui va appuyer les causes du groupe auprès des décideurs. Pour le nouveau groupe, la personne symbolise un semblant

d'équité en échange d'une loyauté à ses causes. La personne "jeton", déchirée entre les causes divergentes, sera appelée à patauger dans une zone fragile où sa preuve de loyauté ne sera jamais tout à fait acquise de part et d'autre. Les infirmières qui occupent un poste de cadre supérieur sont inévitablement exposées à devoir jouer un rôle "jeton". Plusieurs exemples de ce comportement ont été relevés lors de la collecte des données.

Les propos suivants de la DG constituent un exemple concret du rôle "jeton" qui semble incomber aux infirmières détentrices d'un poste de cadre supérieur. Ainsi, à la question, "selon vous, le fait d'avoir une DSI avec un rôle conseil dans une structure de gestion par programme ou programme-clientèle, va-t-il avoir un impact sur l'influence politique du CII?", la DG répond de la façon suivante:

«Moi je pense que ça facilite, parce que ça dissocie la gestion quotidienne de la fonction professionnelle. Et ça permet, pour moi, d'axer le rôle de la DSI. D'avoir vraiment une concertation. C'est parce que les objectifs de la DSI et les objectifs du CII deviennent beaucoup plus en harmonie. Souvent, quand on a une DSI qui a une DSI line, ce qu'on retrouve, c'est des conflits. Conflits entre les éléments de qualité de soins au bénéficiaire versus la gestion budgétaire. Et on se trouve dans des situations où les gens sont tirillés par cette dualité. [...] J'ai vu des DSI déchirées par des décisions qu'elles sont obligées de prendre pour la survie de l'organisation mais qui vont contre leurs valeurs d'infirmières et de professionnelles. Et ça les met dans des situations absolument, personnellement très difficiles.»

La structure organisationnelle même où évoluent les soins infirmiers influence donc grandement le comportement des personnes et influence aussi, par le fait même, leurs actions et leur processus décisionnel, comme le déclare Kanter (1977/1993).

L'influence de la structure organisationnelle sur le comportement des personnes est encore plus flagrante lorsqu'on l'examine par rapport au groupe de médecins qui sont des travailleurs autonomes et qui bénéficient de privilèges de pratique dans l'organisation. On l'a déjà vu avec les propos de la DG qui affirmait que tant et aussi

longtemps que les infirmières vont demeurer à l'emploi des établissements de santé, ce qui selon elle ne changera pas, elles seront soumises à l'autorité formelle des gestionnaires. Ainsi, les rapports de force qui existent entre l'établissement et les infirmières et entre l'établissement et les médecins sont totalement différents.

Les propos de la présidente du CII traduisent comment, par rapport aux valeurs professionnelles, s'exerce le rôle "jeton" du DQSI. Pour le CII, le DQSI est avant tout un infirmier, un des leurs qui a accès à un poste d'autorité certes, mais qui demeure toujours loyal à la profession. L'attitude conciliante de la présidente du CII envers le manque de soutien que lui accorde le DQSI témoigne justement du rôle "jeton" du DQSI. Les conséquences de ce manque de soutien ont été bien établies lors de l'entrevue, mais la présidente du CII a cherché à le justifier à chaque occasion. Pourtant, selon la loi, le DSI (DQSI au CHNM) est responsable du bon fonctionnement du CII. Le CII serait en droit de s'attendre à recevoir plus de soutien de la part du DQSI. Si la présidente dénonce ce manque, elle risque de lui causer du tort auprès de la direction. Mais ce qui est encore plus subtil, une telle dénonciation pourrait exposer le CII aux reproches de son principal allié, le DQSI.

Un autre exemple de l'aspect conflit d'intérêts qu'implique le rôle "jeton", plus difficile à étayer celui-là parce que confidentiel, a pour conséquence de priver le CECII d'une possible alliance avec un acteur très influent de l'organisation. Par loyauté envers un cadre infirmier, les membres du CECII du CHNM préfèrent ne pas inviter à leurs réunions formelles cet acteur influent qu'elles tiennent responsable du sort qui fut réservé audit cadre. Et ce malgré les avantages que pourraient générer cette présence et cette alliance dans la réalisation du mandat du CII. Ainsi, la loyauté envers le cadre infirmier semble priver le CECII d'une opportunité additionnelle que pourrait fournir cette alliance éventuelle avec l'acteur influent.

Enfin, voici un dernier exemple de l'effet que peut avoir le rôle "jeton" sur le pouvoir d'influence des infirmières, exemple qui démontre que le pouvoir de ces dernières est effectivement déterminé par la structure organisationnelle. Au cours de l'entrevue avec la DG, l'étudiante chercheuse lui dit qu'elle-même croit qu'un des facteurs déterminants du fait que les médecins sont politisés provient de la position privilégiée qu'occupent ceux-ci dans la structure organisationnelle de l'ensemble du système de santé. L'étudiante demande à la DG si elle croit que le fait de compter, parmi les membres du CECII, des infirmières qui occupent des postes à un niveau plus élevé dans la structure organisationnelle que ceux occupés par les infirmières soignantes aurait pour effet de potentialiser le pouvoir d'influence de l'instance professionnelle et de contribuer à la politisation de ses membres. Voici sa réponse: «*À un niveau plus élevé? Habituellement, la DSI est là!*»

La DSI (DQSI au CHNM) est effectivement là. À moins d'occuper le poste de DG, la DSI est le poste hiérarchique le plus élevé auquel peuvent aspirer les infirmières dans les structures organisationnelles telles qu'actuellement constituées dans l'ensemble des établissements de santé au Québec. Et pourtant, la présence des DSI au sein du CECII au CHNM ne semble pas avoir, jusqu'à présent, servi à rendre le CII plus visible ni plus influent. Est-ce que l'effet "jeton" ne pourrait pas être en cause? Le pouvoir formel exercé sur les DSI par le biais de la structure organisationnelle pourrait donner plus souvent raison aux valeurs de gestions qu'aux valeurs professionnelles. Ainsi, l'effet "jeton" agirait comme une épée de Damoclès au dessus de la tête des infirmières cadres et les placerait dans une situation de conflit d'intérêts qui pourrait éventuellement être plus néfaste que bénéfique pour le CII, qui rappelons le, doit apprécier la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement de santé.

Le rôle "jeton" qui semble être le lot des cadres infirmiers pourrait peut-être expliquer pourquoi le DQSI du CHNM a dû accepter une charge de travail telle qu'il manquait de temps pour soutenir le CII et ce, au moment même où l'établissement

procédait à des changements structurels majeurs qui risquaient d'avoir des conséquences importantes sur la pratique infirmière.

Une synthèse des résultats qui concernent la structure des proportions est présentée au tableau 7 qui suit.

Tableau 7 – La structure des proportions: synthèse des résultats

Structure des proportions	<ul style="list-style-type: none"> • Les cadres infirmiers sont tous assujettis au rôle «jeton» (<i>tokenism</i>) et à la dichotomie des valeurs professionnelles versus les valeurs de gestion • L'effet «jeton» a comme implication que les membres du CECII vont, par souci de loyauté, «soutenir» les infirmières cadres qu'ils considèrent comme des alliées importantes, allant même jusqu'à se priver d'un autre allié cadre potentiellement très influent • La structure hiérarchique assujettit l'ensemble des infirmières, incluant les infirmières cadres, au pouvoir d'autorité des gestionnaires, ce qui influence directement le pouvoir formel et informel du CII
---------------------------	---

Les faits majeurs à retenir

Les faits rapportés dans ce chapitre offrent un début d'explication aux nombreuses questions soulevées par tant d'infirmières, c'est-à-dire comment se fait-il que le nombre d'infirmières ne suffise pas à influencer les décisions? Pourquoi les infirmières se croient-elles sans pouvoir d'influence? Pourquoi semblent-elles ne pas s'intéresser aux aspects politiques des soins? Ainsi, la structure organisationnelle dans laquelle le CII s'insère pourrait, comme le démontre la théorie de Kanter (1977/1993), être un facteur important qui surdétermine le comportement des différents acteurs dans l'établissement de santé.

Bien que la loi accorde au CII du CHNM une place stratégique dans la structure, c'est surtout le pouvoir informel qui détermine le niveau d'influence qu'il sera en mesure d'exercer à l'égard des prises de décision. Les ressources mises à la disposition du CII, quoique aidantes, sont de toute évidence insuffisantes, ce qui l'empêche d'exercer son plein pouvoir d'influence auprès des instances décisionnelles. Ainsi, bien que le CII du CHNM s'acquitte de son mandat, il est évident qu'il n'exerce pas son plein pouvoir.

Les résultats de la recherche ont permis de constater que la reconnaissance du CII est tributaire de la reconnaissance des gestionnaires en fonction dans l'établissement. Ceci se traduit avant tout par les avis que demandent les gestionnaires au CECII, qui semblent surtout porter sur des aspects structurels. Aussi, les gestionnaires consultent le CII dans le but de faire adhérer les infirmières à leurs causes. Ceci ressemble beaucoup à la participation passive telle que décrite par Godbout (1983). Conséquemment, les avis cliniques qu'initie le CII suscitent généralement moins l'intérêt des administrateurs. Le CII du CHNM s'est donc vu dans l'obligation de s'appuyer sur la loi pour forcer la direction à appliquer les recommandations dans des dossiers cliniques importants.

Malgré qu'elles soient sensibles à l'aspect politique de leur rôle, les infirmières pourraient bénéficier d'un plus grand savoir-faire politique. Le CII pourrait justement servir au développement d'habiletés politiques de ses membres. Or, les résultats tendent à démontrer que les infirmières semblent faire alliance avec des partenaires provenant majoritairement, pour ne pas dire exclusivement, du domaine des soins infirmiers. Ceci pourrait aussi être un autre facteur déterminant du pouvoir d'influence que le CII peut exercer dans l'établissement. Les infirmières doivent étendre leur sphère pour inclure des alliés en soins infirmiers bien sûr, mais aussi des personnes ou des groupes influents autres que les soins infirmiers et ce, tant au sein de l'établissement de santé qu'à l'extérieur de celui-ci. Plus les infirmières seront politiquement bien branchées auprès d'acteurs influents, plus elles pourront faire connaître la contribution des soins infirmiers au système de santé. Comme le soutient Kanter (1977/1993), plus un groupe parvient à faire reconnaître sa contribution aux objectifs de l'établissement, plus les décideurs vont lui accorder les ressources dont il a besoin pour accomplir son mandat. Avec plus de ressources, le CII pourrait exercer son plein pouvoir d'influence et participer activement aux décisions. Le développement d'habiletés politiques chez les membres du CII est d'autant plus important, car les données recueillies semblent démontrer que le véritable pouvoir est détenu par les médecins, qui évoluent dans une structure qui ne les soumet pas à l'autorité formelle des gestionnaires des établissements de santé. L'enjeu majeur

des acteurs du réseau de la santé est de trouver des stratégies pour répartir le pouvoir et une structure organisationnelle qui puisse amener le corps médical à collaborer.

Le tableau 8 qui suit résume les points majeurs des résultats obtenus en appliquant la théorie de Kanter au sujet à l'étude.

Tableau 8 – Résumé des points majeurs des résultats obtenus

1	Le statut de travailleurs autonomes des médecins leur offre une structure hors les établissements de santé qui les soustrait à l'autorité fonctionnelle des gestionnaires et leur accorde par le fait même un pouvoir d'influence et de négociation important. Le système de santé est donc doté d'une double structure organisationnelle, ce qui entraîne une distribution inéquitable du pouvoir entre les acteurs qui y gravitent
2	Bien que la loi accorde au CII une position stratégique dans la structure organisationnelle de l'établissement de santé, le fait que ses membres (l'ensemble des infirmières) soient, contrairement aux médecins, assujettis à l'autorité formelle de cette même structure organisationnelle limite l'étendue du pouvoir d'influence que l'instance professionnelle peut exercer
3	Les avis demandés par les gestionnaires sont d'avantage considérés que les avis initiés par le CECII
4	La reconnaissance du CII au CHNM est tributaire de la reconnaissance que la DG lui accorde
5	La structure organisationnelle dans laquelle le CII s'insère pourrait être un facteur important surdéterminant le comportement des différents acteurs qui gravitent autour du CHNM
6	Les ressources mises à la disposition du CECII au CHNM sont insuffisantes pour que ce dernier puisse exercer l'ensemble des responsabilités reliées à l'exécution de son mandat
7	Le savoir-faire politique des infirmières doit être développé

La discussion

Cette étude de cas visait à comprendre, à travers la théorie de Kanter, dans quelle mesure l'influence politique du CII contribue à la reconnaissance des soins infirmiers au système de santé québécois. Ce chapitre débutera par une discussion des résultats rapportés au quatrième chapitre. Les forces et les limites de la recherche seront ensuite abordées. Enfin, la mise en commun des résultats obtenus permettra d'examiner l'implication pour la pratique infirmière et de dégager des pistes de recherches futures.

Le pouvoir est tributaire de la structure organisationnelle actuelle du système de santé

Un système de santé, deux structures organisationnelles

Selon Kanter (1977/1993), le pouvoir d'influence est directement relié au niveau d'accès qu'aura un individu ou un groupe d'individus aux structures de pouvoir, soit la structure d'opportunité, la structure de pouvoir et la structure des proportions, structures socialement construites au sein d'une institution afin de régir la distribution des ressources. Les données rapportées dans le chapitre précédent, en plus de donner un aperçu du niveau d'accès qu'a le CII à ces trois structures de pouvoir, démontrent surtout l'influence qu'a la structure organisationnelle actuelle du système de santé québécois sur la distribution du pouvoir et des ressources entre les acteurs qui y coexistent.

Bien que les trois conseils professionnels se situent au même niveau dans l'organigramme du CHNM, leurs pouvoirs formels ainsi que leurs pouvoirs informels ou d'influence sont nettement différents, comme en ont témoigné les présidents des conseils professionnels. Tous croient que le CMDP est l'instance qui détient le plus de pouvoir d'influence et donc, un haut niveau d'accès aux structures de pouvoir du CHNM.

Ceci pourrait s'expliquer en grande partie par le fait que les médecins, dans le processus de professionnalisation, sont parvenus à garder leur autonomie professionnelle et à obtenir une structure organisationnelle parallèle à l'intérieur du même système de

santé. La sanction d'un savoir, comme l'ont si bien démontré Ehrenreich et English (1983) ainsi que Larson (1988), contribue à la reconnaissance sociale et au pouvoir d'influence d'une profession. Le statut social élitiste des médecins leur a permis d'ériger une clôture sociale réservant un savoir précieux à l'usage exclusif des membres de leur profession octroyant par le fait même à ceux-ci un pouvoir quasi absolu sur les soins et services de santé offerts à la population. C'est ainsi qu'ils sont parvenus à maintenir le système de soins axé sur le curatif plutôt que vers la santé et à s'exclure des structures hiérarchiques des établissements de santé au nom de l'autonomie professionnelle en alléguant le bien du patient. D'ailleurs, la DG et le président du CMDP ont été unanimes à dire que le statut autonome des médecins au sein des établissements de santé constitue l'élément déterminant dans la position privilégiée qui leur est accordée dans les structures de pouvoir du CHNM.

Donc, alors que l'ensemble des infirmières du CHNM sont soumises au pouvoir formel de la structure organisationnelle qui s'exerce par les gestionnaires qui y occupent des postes d'autorités fonctionnels, les médecins y négocient plutôt des privilèges, soit des «droits, des avantages particuliers possédés par quelqu'un et que les autres n'ont pas» (Petit Larousse illustré, 2006, p. 866).

Ainsi, la professionnalisation de la médecine a concédé aux médecins un pouvoir quasi absolu, non seulement sur le savoir expert mais aussi sur l'ensemble du système de santé. L'existence de deux structures organisationnelles parallèles au sein même du système de santé québécois semble accorder à certains privilégiés, comme les médecins, un pouvoir «sur» et aux autres un pouvoir «de», tel que défini par Carpentier-Roy (1995). Le véritable pouvoir se retrouve donc entre les mains d'acteurs détenant une ressource essentielle et sur lesquels aucune autorité dans les établissements de santé ne semble avoir préséance. Ceci oblige politiciens et gestionnaires à déployer maintes stratégies pour s'assurer la collaboration des médecins au système de santé québécois.

Ainsi, le gouvernement a favorisé un système de santé où une catégorie de professionnels détermine les services qui seront développés, usurpant ainsi le droit des individus de déterminer leurs propres besoins en matière de soins et de santé. La sauvegarde de l'autonomie du professionnel invoquée pour justifier la concession gouvernementale est certes louable et compréhensible, mais l'étudiante chercheuse est d'avis que le gouvernement a exposé le système «public» de santé à l'échec en n'accordant pas aux gestionnaires des établissements, à tout le moins, les leviers politiques nécessaires afin de rendre les médecins imputables des résultats des services de santé et des soins au même titre que tous les employés des établissements de santé.

La création des CII se voulait justement un levier politique pour faire contrepoids au pouvoir médical (Rochon, 1988). Malheureusement, les gestionnaires, n'ayant peut-être pas saisi l'enjeu politique, semblent avoir oublié la raison première de la mise en place de cette instance. Peut-être ne réalisent-ils pas l'influence que les CII pourraient exercer sur les décisions médicales? Ou alors peut-être, justement, croient-ils, à l'instar du président du CM du CHNM, que si les infirmières utilisaient le plein potentiel du pouvoir d'influence du CII, «ça brasserait plus que ça», et trouvent-ils cette éventualité menaçante? Alors mieux vaut essayer de négocier avec les médecins et continuer à user de stratégies pour maintenir les infirmières sous l'impression qu'elles n'ont aucun pouvoir et que leur contribution est, somme toute, assez banale!

Pourtant, les soins infirmiers contribuent bel et bien au système de santé et plusieurs études en font preuve (Aiken, Clarke, & Sloane, 2000; Aiken et al. 2001; Aiken, & Fagin, 1997; Blegen, Goode, & Reed, 1998; Bloom et al., 1997; Clarke, & Aiken, 2003, Dallaire 1993, 1999, 2002; Dallaire, O'Neill, & Lessard, 1994; Desrosiers, & Valois, 1999; Fagin, 1990; Gagnon, & Dallaire, 2002; Nourish, & Rundall, 2001). Cependant, ces mêmes études ont aussi démontré comment les comportements des différents acteurs parviennent à maintenir cette contribution dans l'ombre, quand ces acteurs ne s'approprient tout simplement pas les résultats de soins des infirmières.

D'ailleurs, cette recherche fait état de plusieurs comportements qui démotivent les infirmières et semblent vouloir minimiser leur réelle contribution, ceci dans le but de maintenir le pouvoir «sur», cette ressource si essentielle au bon fonctionnement du système de soins québécois, comme l'affirme Dallaire (2002).

Concrètement, le problème pourrait plus spécifiquement venir du fait que les membres du CII, soit l'ensemble des infirmières, sont justement assujettis à la structure organisationnelle de l'établissement de santé alors que les membres du CMDP ne l'y sont pas.

La présidente du CA, la DG et le DQSI du CHNM vont tous trois mentionner l'importance de l'implication des médecins, surtout depuis que le gouvernement va de l'avant avec sa récente réforme du système de santé (celle qui découle de la loi 25) sans avoir, encore une fois, donné de levier politique aux gestionnaires afin de contraindre ces professionnels à s'engager dans cette réforme. Le fait que ceux-ci puissent échapper au pouvoir formel des gestionnaires constitue, à lui seul, un enjeu majeur du système de santé. Car ceci laisse les politiciens, les gestionnaires d'établissement et les professionnels de la santé autres que les médecins aux prises avec une surpuissance sur laquelle personne ne semble avoir de pouvoir.

Toujours est-il que lors de leur entrevue tous les acteurs ont souligné, parfois même avec vigueur, la difficulté que représente le fait que les médecins soient des professionnels autonomes qui relèvent d'une structure organisationnelle qui leur est propre et qui, surtout, leur permet d'éviter le pouvoir d'autorité des administrateurs. Ce n'est pas tant le fait qu'ils soient autonomes que le fait qu'ils se désengagent par rapport aux objectifs de l'établissement, en ne collaborant pas avec les gestionnaires et les autres professionnels afin de trouver des pratiques qui favorisent des soins et des services efficaces qui répondent aux besoins de la population. Ceci rend très difficile la gestion des ressources et met la population et les acteurs du réseau à la merci du seul bon vouloir

des médecins. Comme l'a si bien dit le DQSI, il faut mettre fin au modèle actuel où les médecins font des demandes sans égard aux ressources disponibles, demandes auxquelles les gestionnaires et les soins infirmiers sont tenus de répondre. Selon lui, il faut faire place à un véritable partenariat où l'imputabilité des résultats, tant administratifs que cliniques, est adéquatement partagée entre tous les acteurs.

Un CII plus fort pourrait contrecarrer le pouvoir d'influence des médecins, surtout lorsque le CMDP tente de contrôler la pratique infirmière par l'imposition d'ordonnances, de protocoles et de procédures. Les gestionnaires auraient tout intérêt à favoriser l'implication du CII, surtout en ce qui concerne les activités cliniques. Appuyées par leur savoir expert et par le fait que le CII est une instance légalement reconnue, les infirmières disposent de toutes les armes nécessaires pour faire valoir leur contribution. Une pleine reconnaissance du pouvoir d'influence du CII par les gestionnaires conjuguée à un réel support de leur part permettraient aux infirmières de s'engager équitablement dans des échanges interprofessionnels, à l'instar des médecins.

Ainsi, bien que leur position dans la structure organisationnelle de l'établissement de santé soit stratégiquement en ligne directe avec le CA et la DG, soit les décideurs pour l'établissement de santé, cette position n'assure pas un pouvoir d'influence absolu au CII. Il faut se rappeler que la théorie de Kanter (1977/1993) soutient que le pouvoir formel, à lui seul, n'est pas garant du pouvoir d'influence qu'un individu ou qu'une instance peut exercer sur les décideurs. Le pouvoir informel demeure donc un facteur majeur, voire essentiel dans la détermination du niveau de pouvoir d'influence qui peut être exercé sur les décideurs.

Donc, l'exclusion des médecins de la structure de l'organisation par la mise en place d'une structure parallèle sur laquelle les gestionnaires des établissements de santé n'ont aucun pouvoir fonctionnel, semble avoir réservé à ces médecins une position privilégiée dans les trois structures de pouvoir au sens de la théorie de Kanter

(1977/1993). En l'absence de pouvoir fonctionnel, les gestionnaires sont donc contraints d'établir des alliances solides avec les médecins afin d'avoir accès à cette ressource médicale, essentielle à la réalisation de leurs propres mandats et responsabilités. Conséquemment, il est dans l'intérêt de la direction générale et des membres du conseil d'administration de mettre à la disposition du CMDP les ressources nécessaires à son bon fonctionnement. C'est pour cette raison que le CMDP du CHNM bénéficie de locaux, d'une secrétaire à temps plein qui assure une continuité à l'instance professionnelle et d'équipements de bureau et de télécommunications. Qui plus est, le lieu géographique privilégié qui leur est accordé dans l'établissement, c'est-à-dire à quelques pas du bureau de la DG et du DSP, témoigne aussi du pouvoir et de l'importance accordée à cette instance par les décideurs.

Ceci dit, au moment de l'étude, le CII et le CM du CHNM venaient tout juste d'obtenir un local, sans support technique ou clérical, situé aux étages supérieurs non loin du bureau de la DQSI. Que faut-il penser de cette attribution d'emplacement (tant à l'égard du CII que du DQSI) et de cette distribution peu équitable des ressources, surtout à la lumière des propos tenus par la DG elle-même qui affirmait que le respect d'un CII est proportionnel à l'importance qu'un DG lui donne? L'a-t-on fait sciemment? Telle n'est pas la supposition de l'étudiante chercheuse. Toutefois, ces faits pourraient expliquer le malaise ressenti par les infirmières et ils sont très certainement représentatifs du peu de reconnaissance accordée à la profession infirmière en général et, plus particulièrement, de l'inopportunité des pratiques de gestion appliquées pour gérer ces professionnelles comme le dénonce Desrosiers (2003). Bien que les soins infirmiers soient une ressource essentielle à la réalisation du mandat de l'établissement de santé, le pouvoir «sur» que détiennent les gestionnaires accorde à ces derniers la liberté de partager ou non avec les infirmières ce pouvoir et, inévitablement, les ressources. Autrement dit, avec leur pouvoir d'autorité, les gestionnaires se trouvent dans une position où ils sont moins "obligés" de faire alliance avec les infirmières.

Avec une telle distribution de pouvoir, il n'est donc pas surprenant, qu'hormis le président du CMDP, les acteurs sélectionnés pour cette étude aient tous souligné, et ce à maintes reprises, l'importance accordée à la collaboration des médecins. De plus, à la question suivante: «Selon vous, qui sont les partenaires qui pourraient être les plus aidants pour votre instance?», la présidente du CA, la DG et le DQSI, c'est-à-dire les administrateurs, ont en premier lieu désigné les médecins ou le CMDP. Les médecins sont donc des alliés incontournables pour tous les acteurs qui gravitent autour du CHNM et ce, à tous les paliers de la gouverne.

Donc, tout semble se jouer à ce niveau. La structure hiérarchique qui octroie aux directeurs le pouvoir «sur», tel que défini par Carpentier-Roy (1995), semble être l'élément majeur qui nuit à l'autonomisation du CII. La position du CII dans la structure hiérarchique a beau être en lien direct avec les décideurs, il n'en demeure pas moins que le pouvoir hiérarchique des directeurs influence drôlement les relations qui vont s'établir entre les parties. Un CII qui maintiendrait une position ferme pourrait à la rigueur écoper d'une sanction. Ainsi, la structure hiérarchique assure aux gestionnaires un certain contrôle sur le pouvoir d'influence du CII. D'où l'importance du développement des habiletés politiques des infirmières, élément important qui sera discuté plus loin dans ce chapitre.

Le fait que la loi accorde des partenaires, tels les agences de développement, le CA ou encore les conseils professionnels, n'a pas été identifié comme étant des conditions facilitantes dans l'exercice du mandat de la DG du CHNM. Elle a plutôt déclaré qu'elle était maître de mettre en place les ressources nécessaires à la réalisation de la mission de l'établissement. De plus, l'analyse des données démontre bien que le CII y est plutôt perçu comme un filet de sécurité qui assure le respect des normes et standards de pratique dans les décisions administratives et organisationnelles prises par les gestionnaires.

Ce filet de sécurité peut toutefois devenir un levier pour les instances professionnelles bien avisées, comme le déclare la présidente du CII. En effet, lorsqu'un gestionnaire doit défendre un dossier, d'y inclure l'avis des instances professionnelles peut ajouter un poids additionnel dans la balance de l'influence auprès des décideurs. Riches de ce savoir, les CII peuvent jouer sur cet aspect politique et développer des stratégies qui pourraient servir à rehausser leur niveau d'accès aux structures de pouvoir de l'établissement.

Malgré tout, le pouvoir «sur» qui est exercé par les gestionnaires semble maintenir le CII dans des conditions restreignant son ascension dans l'échelle de pouvoir, comme il a été permis de le constater au chapitre précédent. Les Ashley (1973), Dallaire (2002) ainsi que Holme et Gastaldo (2002) ont beau avoir clairement démontré que les infirmières ont du pouvoir, la présente recherche, soutenue par la théorie de Kanter, avance assez de données qui confirment que la structure organisationnelle du système de santé, tel qu'il est constitué actuellement, empêche les infirmières d'avoir accès aux ressources leur permettant d'exercer en toute liberté leur pouvoir d'influence auprès des décideurs.

L'organisation du système de santé semble avoir nettement avantagé la profession médicale. La sanction de son savoir lui accorde un pouvoir important qui semble paralyser le système de santé. La structure organisationnelle dans laquelle les médecins s'insèrent outrepassent le pouvoir fonctionnel des DG et donne aux médecins un accès direct au ministre de la santé, soit la plus haute instance décisionnelle. D'ailleurs, cette voie d'accès direct aux législateurs crée une inégalité sociale en leur accordant une fenêtre politique enviable. Les médecins n'ont pas à remonter toute la structure hiérarchique des établissements, puis des agences de développement et enfin du ministère pour se faire entendre. Ils n'ont qu'à frapper à la porte de leur patron, le ministre.

Sans les leviers politiques nécessaires, toute réforme est tributaire des alliances que les médecins voudront bien établir avec les différents acteurs qui gravitent autour du système de santé. Ceci est d'autant plus inquiétant que la réforme que vit actuellement le système de santé québécois tente, encore une fois, de procéder à un virage vers la prévention et la promotion de la santé, virage qu'ont déjà refusé de prendre les médecins, intérêt curatif oblige bien sur!

Toutefois, avec la loi 90 qui élargit le champ d'exercice des professions, la voie est toute grande ouverte pour que les infirmières puissent mettre à profit leur savoir au service de la santé de la population. Les gestionnaires pourraient saisir cette occasion unique en donnant un vrai support au CII. Ainsi, il serait peut-être enfin possible qu'ils soient plus enclins à recourir au CII comme levier politique pour ramener le pouvoir d'influence du CMDP à une plus juste dimension.

Des comportements conditionnés par la structure pour maintenir le pouvoir des infirmières dans un état latent

Kanter (1977/1993) soutient que la structure d'une organisation surdétermine les comportements des acteurs sous sa gouverne. Plusieurs éléments viennent soutenir cette théorie.

Ainsi, le pouvoir discrétionnaire exercé par le CII, indicateur de son niveau d'accès aux trois structures de pouvoir dans l'établissement de santé, est aussi conditionné par la structure hiérarchique du pouvoir «sur». Les résultats obtenus tendent à démontrer qu'au CHNM, les gestionnaires semblent décider de l'implication et de la contribution des professionnels en contrôlant les consultations qui sont demandées. En conséquence, le pouvoir discrétionnaire du CII semble s'exercer peu quant aux sujets de consultations. Le CII se voit donc sollicité pour donner son avis sur des processus déjà tout décidés. Les avis demandés sont surtout en rapport avec la mise en œuvre de projets

organisationnels. On cherche à adapter la pratique aux besoins de l'organisation, tout en s'assurant qu'une certaine qualité dans les services et les soins soit maintenue malgré les décisions administratives et organisationnelles, ce que dénonce Desrosiers (2003).

Bien qu'on sollicite la participation du CII, les infirmières ne sont pas nécessairement parties prenantes des décisions. On l'a vu, les présidents du CII et du CM ont tous deux dénoncé cette situation. Pour eux, il est clair que leur participation est limitée et semble peu influencer les décisions. Ils n'ont pas le pouvoir «sur» le contenu, celui-ci étant réservé aux décideurs (Carpentier-Roy, 1995). Ils ont plutôt le pouvoir «de», c'est-à-dire le pouvoir d'exécuter les ordonnances, d'appliquer les protocoles. Les propos de la présidente du CA le confirment. Bien qu'elle reconnaisse le CII comme étant un partenaire important, la présidente du CA constate que le CII du CHNM n'a, jusqu'à ce jour, influencé aucune décision du CA du CHNM et elle explique ceci par le fait que le CSSS n'a que récemment vu le jour et qu'il en est encore aux ajustements. Ceci est discutable compte tenu que la réforme actuelle apporte des changements importants dans la structure organisationnelle et, plus particulièrement, en ce qui a trait à la distribution des soins et des services. Or, une réforme qui implique un changement de paradigme tel qu'actuellement instauré devrait inciter les membres du CA à consulter ou demander que soient consultés les conseils professionnels. Comme l'a si bien dit le président du CM: «si on ne le fait pas dans ces moments-là, quand va-t-on le faire?»

Le fait que ce sont les décideurs qui déterminent l'objet de l'avis semble appuyer ce que soutient Godbout (1983), lequel affirme que la notion de participation peut parfois donner l'impression d'avoir activement pris part aux prises de décision. En effet, Godbout (1983) a constaté que la participation dite active peut, en réalité, être plutôt une participation passive. Celle-ci peut être une façon détournée pour se passer des mécanismes démocratiques utilisée par les décideurs qui ne veulent pas d'interférences dans l'exercice de leur mandat et l'atteinte de leurs objectifs.

Ceci dit, la présidente du CII croit que celui-ci a un pouvoir d'influence qui est reconnu au CHNM. Toutefois, on sent bien que ce pouvoir d'influence a des frontières qu'elle souhaiterait voir élargies. Parallèlement, elle comprend aussi que le pouvoir d'influence de l'instance passe aussi par les individus qui la composent. Ainsi, elle croit que les caractéristiques personnelles des membres du CECII peuvent ajouter à la reconnaissance du pouvoir d'influence du CII et favoriser de meilleurs échanges avec les partenaires.

Cependant, à la lumière des propos recueillis et rapportés au chapitre 4, il est permis de voir l'exactitude des affirmations de Kanter (1977/1993) au sujet de l'influence de la structure sur le comportement des individus. La structure fait en sorte que la présidente du CII ajuste son comportement aux attentes de l'établissement. Ses caractéristiques personnelles lui donnent plutôt le libre arbitre de choisir de s'y plier ou non. Ici, la présidente reconnaît très bien l'influence des gestionnaires sur le CII. Elle a le choix d'être ou non intransigente, tout en sachant que si elle maintient sa position, cela risque de perturber les relations de son instance avec les acteurs influents de l'établissement* et de se répercuter négativement sur le pouvoir d'influence du CII. La question est de savoir quand il s'agit de négociation et quand il s'agit de manipulation pour forcer le CII à se rallier. Le fait que les membres du CECII soient conscients des limites de leur pouvoir discrétionnaire pourrait leur conférer une certaine forme de pouvoir, en ce sens que cela leur permettrait de développer des stratégies pour rendre leur instance politiquement visible et se faire entendre malgré le contrôle qu'on exerce sur eux.

De plus, les infirmières cadres n'échappent pas à la constatation faite par Kanter sur le comportement des gens. Par exemple, la direction générale, pour plusieurs raisons, a revu la structure organisationnelle pour y ajouter des infirmières auxiliaires. Or, quant à la position qui devait être présentée comme celle du CII dans l'avis demandé, le CECII a été guidé par le DQSI qui suggérait qu'on recommande l'élaboration d'une grille

d'indicateurs permettant d'évaluer si la qualité des soins est maintenue, plutôt que de suggérer que l'avis porte sur la structure proposée en faisant, par exemple, référence aux études existantes qui démontrent une corrélation entre le nombre d'infirmières, leur niveau d'étude et le taux de morbidité et de mortalité des patients.

Fait surprenant, la présidente du CII justifie la position prise par le CECII et suggérée par le DQSI en affirmant que selon elle, les questions de structure organisationnelle sont du domaine syndical alors que, de fait, le CII peut légitimement émettre des avis portant sur la distribution appropriée des soins. Les attentes de rôles pourraient peut-être expliquer la justification invoquée par la présidente du CII qui croit que, dans le fond, la direction va donner son appui à l'instance professionnelle tant que ses avis n'entraveront pas le budget de l'établissement. D'ailleurs, la présidente dira clairement que la position du CII dans ce dossier fut appréciée par la direction.

Le "tokenism" ou le rôle "jeton" tel que décrit par Kanter aide aussi à mieux comprendre le comportement des infirmières. En effet, l'ambivalence entre la loyauté administrative et la loyauté professionnelle est parfois très difficile pour les gestionnaires professionnels. À l'instar du CII, les infirmières gestionnaires de tous les niveaux de la gouverne n'échappent pas au pouvoir coercitif de la structure hiérarchique. Mais encore, cette structure est constituée de façon à promouvoir l'autorégulation des infirmières par les infirmières elles-mêmes. Le plus surprenant est que cet ordre des choses transcende les institutions d'enseignement, où l'on conditionne implicitement et socialement les infirmières en devenir à non seulement accepter la situation mais à l'entériner (Gordon, & Nelson, 2005). Ceci abonde tout à fait avec ce que Bourdieu (1998) appelle les rites d'institutions. Rites qui, insidieusement, régularisent le comportement et les pratiques conformément au rang social des individus: un genre de rappel à l'ordre sans interdiction explicite de la part des dominants. Ceci assure aux dominants un pouvoir «sur» les subordonnés.

Ainsi, l'effet "jeton" assujettit les cadres infirmiers à une dichotomie constante: choisir la profession ou l'organisation, avec "en prime" la trahison des pairs ou la sanction des supérieurs. De plus, on attribue à ces cadres la responsabilité de l'autorégulation de leurs pairs afin de maintenir l'ordre dans l'organisation et d'assurer la bonne conduite des subalternes.

Lors de l'entrevue, la présidente du CII du CHNM s'est à maintes reprises questionnée, à l'instar de plusieurs auteurs (Buresh, & Gordon, 2000; Dallaire, 2002; Gordon, & Nelson, 2005; Holmes, & Gastaldo, 2002; Kalish, B.J., & Kalish, P.A., 1976; Lemire-Rodger, 1993; Roberts, 1983), au sujet de la faible implication des infirmières concernant l'aspect politique de la profession et, plus spécifiquement, à l'égard du CII. L'analyse des données semble démontrer que la structure organisationnelle dans laquelle s'insèrent les soins infirmiers pourrait en partie expliquer ce fait. En effet, les recherches de Kanter (1977/1993) ont révélé une forte corrélation entre la position qu'occupe un groupe de personnes dans la structure et le comportement de celles-ci (Laschinger, 1996). Plus un groupe de personnes se sent soutenu, plus il aura accès aux ressources, plus il aura l'opportunité de se démarquer et de participer aux décisions. Ceci aura un effet positif sur la motivation des membres à se mobiliser et à s'investir dans l'organisation.

Or, les résultats de cette recherche soutiennent le fait que, bien que le CII soit formellement positionné à un haut niveau de la structure organisationnelle, il n'occupe au sein de celle-ci qu'une position peu élevée par rapport à ses trois structures de pouvoir, ce qui influence directement le pouvoir informel que le CII peut réellement exercer. Ceci pourrait être relié au fait qu'indépendamment de la position stratégique de l'instance professionnelle, les membres qui la composent se trouvent, elles, au bas de cette structure hiérarchique. En maintenant une structure organisationnelle qui exerce un pouvoir d'autorité sur les infirmières et qui leur accorde peu de ressources, les gestionnaires contrôlent indirectement à travers ses membres le pouvoir d'influence du CII. Ceci pourrait mettre en lumière un début de compréhension du fait que les infirmières se

croient sans pouvoir. Mises sous surveillance par le mécanisme du pouvoir «sur» de la structure organisationnelle, les infirmières ont peine à voir elles-mêmes leur contribution. Prises entre le travail, les demandes croissantes, les usagers de plus en plus demandant, les progrès technologiques et l'avancement de la médecine tout en ayant de moins en moins de ressources, les infirmières ont de quoi se garder occupées et surtout, loin de l'action politique.

Si on accordait au CII un local bien aménagé, une secrétaire qui prend les messages, rédige les lettres de recommandations et coordonne les activités et les réunions du CECII, si on lui fournissait les ressources financières adéquates permettant la libération des membres élus du CECII et de toute infirmière qui désire représenter le CII sur les différents comités, évitant ainsi qu'elles doivent sacrifier un dîner, une pause ou un jour de congé, si les membres élus du CECII pouvaient bénéficier d'un pouvoir discrétionnaire sans avoir comme épée de Damoclès le pouvoir d'autorité de la structure hiérarchique au-dessus de leur tête, alors seulement peut-être verrait-on un réel changement dans le comportement des infirmières quant à leur implication au CII. Peut-être seraient-elles alors en mesure de mieux saisir l'ampleur de leur contribution au système de santé? Dans le contexte actuel, il faudrait à tout le moins que les infirmières comprennent comment la structure leur a subtilement camouflé leur contribution et leur a ainsi soutiré le pouvoir de s'en servir pour influencer les décisions, éventualité que les décideurs semblent ne pas vouloir voir arriver. Car alors, ils seraient dans l'obligation de partager le pouvoir, et surtout, les ressources qui sont déjà assez rares.

Ces coordonnées réunies soutiennent donc les propos de Kanter (1977/1993) à l'effet que la structure organisationnelle surdétermine le niveau de pouvoir qu'occupe un groupe mais aussi les comportements des différents individus ou groupes au sein de l'organisation. Dans le cas particulier du CII, la structure permet de maintenir les infirmières qui le composent sous surveillance afin qu'elles ne puissent pas trop

influencer la distribution des ressources en faveur de leur pratique. Ce qui laisse croire que les infirmières n'ont pas de pouvoir, alors qu'en fait, elles ont beaucoup de pouvoir.

Le pouvoir des infirmières reconnu par tous... sauf les infirmières

Ironiquement, alors que les gestionnaires et le corps médical font tout pour contrôler le pouvoir qu'ils savent être détenu par les infirmières, celles-ci croient toujours qu'elles n'en n'ont pas! Bien que cette étude n'ait pas permis de consulter les infirmières à ce sujet, des écrits confirment malheureusement cet état de fait (Carpentier-Roy, 1995; Holmes, & Gastaldo, 2002;). Mais comment se fait-il que malgré les nombreuses recherches révélant la contribution des soins infirmiers au système de santé (Aiken, Clarke, & Sloane, 2000; Aiken et al. 2001; Aiken, & Fagin, 1997; Blegen, Goode, & Reed, 1998; Bloom, Alexander, & Nuchol, 1997; Clarke, & Aiken, 2003, Dallaire 1993, 1999, 2002; Dallaire, O'Neill, & Lessard, 1994; Desrosiers, & Valois, 1999; Fagin, 1990; Gagnon, & Dallaire, 2002; Nourish, & Rundall, 2001), les infirmières n'arrivent pas à reconnaître leur valeur et leur pouvoir? Se pourrait-il que le comportement adopté par les décideurs soit justement une tactique pour maintenir les infirmières dans l'ignorance au sujet de leur pouvoir comme plusieurs résultats de cette recherche semblent le démontrer?

D'abord, on la déjà vu, la DG du CHNM dit avoir remarqué un manque de connaissance du rôle et mandat du CII de la part des DSI. Elle est d'avis que, mieux informées, les DSI gagneraient un allié important en le CII. Cependant, la gouverne des soins infirmiers a été restructurée et l'ancienne DSI a fait place à une DQSI conseil. Selon la présidente du CII, cette nouvelle DQSI, à cause de ses nouvelles responsabilités relatives à la qualité, a plus de tâches tout en ayant moins de ressources, si bien qu'il est difficile pour son directeur de soutenir le CII autant qu'il l'avait été antérieurement par la DSI. Vu que le DQSI dispose de moins de temps à accorder aux infirmières du CECII,

celles-ci sont moins bien informées des changements en cours au CHNM et ce, comme déjà mentionné, malgré toute la bonne volonté de la personne qui occupe le poste de DQSI.

Il est surprenant que cette situation puisse exister dans un établissement comme le CHNM. Comment peut-on exiger autant d'un directeur tout en lui accordant aussi peu de ressources? Et comment un cadre supérieur peut-il accepter une telle situation, même si elle n'est que temporaire, compte tenu de l'ampleur des changements en cours? Une chose est certaine, c'est qu'ainsi occupé, on a un peu moins de temps pour voir venir les choses, moins de temps pour analyser l'impact des changements sur la pratique et surtout, moins de temps pour les dénoncer. Dans ces conditions, est-ce que le DQSI aura le temps d'assister à une formation, tel que suggéré par la DG, pour qu'il puisse mieux supporter les CII? Mais encore ici, est-ce que le nœud du problème est réellement une méconnaissance du rôle et mandat du CII?

Est-ce que la structure ne pourrait pas être un élément important dans le fait que, comme semble le croire la DG, les DSI ne soutiennent parfois pas adéquatement les CII. En effet, le rôle "jeton" exerce une énorme pression sur les infirmières cadres. Leur loyauté envers leurs supérieurs semble donner préséance à celle envers les pairs, sanction oblige. En accordant la priorité à la profession infirmière, une DSI pourrait se voir gentiment rappeler ses obligations administratives.

Et que dire du fait que le CHNM fournisse au CII les ressources financières et matérielles au compte-gouttes, alléguant justement le manque de ressources et le manque d'espace comme justification. Pourtant, on a bien trouvé les ressources pour aménager les nouvelles directions qui découlent de la récente réforme. Faut-il comprendre que le CII ne compte pas parmi les priorités de l'établissement? Alors, est-ce aussi dire que les soins infirmiers sont moins prioritaires vu la place qui leur est réservée dans la nouvelle restructuration? En effet, que doit-on penser d'une réforme qui réduit une DSI à une

fonction conseil, alors qu'il est connu que les infirmières sont parmi les professions qui comptent le plus grand nombre de membres (Holmes, & Gastaldo, 2002) et que les soins infirmiers comprennent plus de 70% des employés dans les hôpitaux? Cette façon de faire semble vouloir soutirer encore un peu plus de pouvoir aux infirmières pour le transférer aux gestionnaires.

Mais plus inquiétant encore, ceci pourrait signifier plus de pouvoir sur la pratique infirmière entre les mains de personnes dites "profanes". En effet, à la lumière de ce que dit Larson (1988), il est permis de croire qu'une partie de l'explication de la non reconnaissance sociale de la contribution des infirmières pourrait provenir du fait que, bien que celles-ci détiennent un savoir expert, ce dernier est surtout dicté par des profanes, tels les médecins, les gestionnaires et les politiciens qui déterminent la pratique infirmière et les grandes orientations ministérielles. Ainsi l'établissement d'une DSI conseil et le transfert des opérations cliniques à des gestionnaires, qui soit dit en passant ne sont pas tenus d'être infirmières, pourrait traduire une volonté d'accorder un plus grand contrôle de la pratique et du savoir infirmier aux profanes.

Ceci appuie très bien la théorie de Kanter (1977/1993). Selon cette dernière, le comportement adopté par les gestionnaires est surdéterminé par la structure organisationnelle. Plus la structure accorde de pouvoir à une personne, plus celle-ci aura accès aux ressources et plus elle pourra agir «sur» les ressources. Les plus puissants tenteront de s'approprier encore plus de pouvoir afin de maintenir le contrôle sur les ressources. Inversement, les personnes à qui la structure accorde peu de pouvoir auront moins accès aux ressources. Comme déjà cité, «le pouvoir engendre le pouvoir» (Kanter, 1977/1993).

Le fait qu'au CHNM la DG siège elle-même au CECII alors que pour le CM elle a désigné un représentant pour la remplacer pourrait constituer un autre exemple de comportement qui témoigne du pouvoir détenu par les infirmières. Bien que la loi désigne

le DG membre d'office des trois conseils professionnels, les modalités d'application sont laissées à la discrétion des gestionnaires. On dénote donc de la part de la DG un intérêt certain pour le CII. Bien que les raisons qui motivent sa présence au CII demeurent incertaines, est-ce que le fait que, pour la DG, les conseils professionnels servent davantage à assurer l'adhésion des professionnels aux projets majeurs de l'organisation pourrait y être pour quelque chose? Surtout si l'on tient compte du fait que la majorité des employés des établissements de santé sont du domaine des soins infirmiers.

Par ailleurs, alors que les médecins détiennent un haut niveau de pouvoir dans le système de santé découlant d'une structure organisationnelle leur donnant un accès direct au ministre de la santé, dernier maillon de la chaîne décisionnelle, comment expliquer les propos tenus par le président du CMDP du CHNM à l'endroit du CII, et donc de l'ensemble des infirmières? Ainsi, lors de l'entrevue, le président du CMDP a soutenu ne pas savoir ce qu'est le CII ni qui en est la présidente. Il ira jusqu'à ajouter qu'il en va de même pour tous les CMDP dans les autres établissements, ce dont l'étudiante chercheuse se permet de douter. Il ajoute qu'il ne sait pas faire la différence entre le CII, la DSI et le syndicat. De plus, alors qu'il dénonce le fait que certaines personnes accusent à tort les membres du CMDP de corporatistes, il fait de même envers le CII, instance qu'il dit pourtant ne pas connaître. Or, ce même président a siégé à plusieurs reprises sur le comité interprofessionnel avec la présidente actuelle du CII. Ceci a été confirmé par la présidente du CII et par le président du CM. Il est certain que le CMDP avait intérêt à faire alliance avec la DSI étant donné que celle-ci administrait l'ensemble des soins infirmiers, ressource essentielle à la pratique médicale. Il pouvait donc faire fi du CII qui ne peut contraindre le CMDP à négocier et à partager une partie de son pouvoir. Alors, mieux valait ne pas reconnaître leur existence ou encore dire ne pas comprendre leur raison d'être. Il sera intéressant de voir comment vont se dessiner les rapports de force, maintenant que les DSI ne détiennent plus qu'un rôle-conseil et que la gestion des soins infirmiers n'est plus sous leur gouverne?

Pourquoi tant d'efforts à minimiser l'importance du CII quand on sait que le CMDP détient un pouvoir que tous les acteurs lui reconnaissent? Pourquoi adopter une attitude si défensive envers un groupe de personnes qu'on dit sans pouvoir? Les infirmières seraient-elles après tout plus menaçantes qu'on (infirmières incluses) ne voudrait laisser croire? Il est évident que les médecins n'ont aucun intérêt à ce que les infirmières puissent exercer un pouvoir d'influence sur les décideurs. D'abord, historiquement, les médecins ont toujours cru et souhaité que les soins infirmiers soient au service de la médecine (Cohen, 2000; Ehrenreich, & English, 1983). Avec plus de pouvoir d'influence, les infirmières pourraient se voir offrir plus de ressources, ressources que les médecins préféreraient certainement garder pour eux. L'étudiante chercheuse est d'avis que si les médecins déploient tant d'efforts pour minimiser l'importance du CII, c'est justement parce qu'ils "savent" que les infirmières ont du pouvoir. Mais ils savent également que les infirmières ignorent qu'elles en ont. Ainsi, leur comportement pourrait être un moyen de maintenir un certain contrôle sur les infirmières afin de s'approprier les bénéfices de leur contribution au système de santé. Comme le disent Ashley (1973), Dallaire (2002) et Mason (1991), ce comportement pourrait viser à assurer que les infirmières soient maintenues dans l'ignorance quant à leur pouvoir. Parce que si jamais celles-ci venaient à deviner l'ampleur réelle de leur pouvoir, les médecins risqueraient de voir survenir un acteur qui pourrait en quelque sorte saper leur pouvoir d'influence auprès des décideurs.

Tous ces différents comportements visant à minimiser l'apport des infirmières ne pourraient-ils pas justement indiquer l'ampleur de la réelle contribution des soins infirmiers, d'où l'importance de bien circonscrire les actions du CII afin de ne pas créer un pouvoir d'influence trop important et une autonomie professionnelle qui pourrait devenir difficile à mater ou à contrôler? La conscientisation des infirmières par rapport aux comportements suscités par la structure pourrait avoir comme effet de leur inspirer des stratégies pour rehausser le niveau d'accès du CII aux structures de pouvoir.

Pourtant c'est connu, les infirmières détiennent un pouvoir, ce que Holmes et Gastaldo (2002) démontrent à travers les notions de Foucault (1976) sur le pouvoir, le bio-pouvoir et la gouvernementalité. Ces deux chercheurs sont d'avis que leur approche serait en mesure d'amener les infirmières à reconnaître leur pouvoir. Selon Foucault, le pouvoir est synonyme de coercition bien sûr, mais aussi d'influence positive et d'autorité constructive. La multiplicité des formes du pouvoir influencerait donc toutes les relations humaines. Le bio-pouvoir fait référence à l'aspect politique du pouvoir et prend en compte les éléments économiques, sociaux et historiques du pouvoir. Enfin, la gouvernementalité fait appel aux stratégies, aux techniques, aux programmes, aux aspirations et aux rêves par lesquels se structurent la société et, plus spécifiquement, les individus qui la construisent. En conséquence, le concept de gouvernementalité sous-tend les pratiques qui influencent, mobilisent et moulent les choix, les désirs et les besoins des individus ou des groupes d'individus. C'est au moyen de ces notions que Holmes et Gastaldo (2002) croient que les infirmières pourraient se reconnaître comme des professionnels exerçant du pouvoir. Malgré toutes les réformes et les coupures budgétaires, les infirmières, de par leur savoir, leur savoir-faire et leur savoir-être, sont parvenues à maintenir le système de santé à flot tout en assurant la qualité des soins à la population (Dallaire, 2002). Leur savoir a permis aux infirmières de servir tant l'institution qui les sous-estime que la population qui les admire mais qui ne reconnaît toujours pas leur contribution. Concrètement, quand une infirmière fait de l'enseignement à un patient par exemple, elle lui transmet des connaissances qui influencent les choix de vie de ce dernier. Ceci contribue indirectement à la santé de l'ensemble de la société. Les infirmières, à travers leur pratique, sont donc des êtres politiques qui influencent des comportements et contribuent à la société.

Le pouvoir, tel que le perçoit Foucault, peut donc servir à soutenir les membres des CII dans leur quête de reconnaissance et les aider à faire valoir leur contribution, à élargir leur champ d'alliés, à développer un comportement plus positif et à rehausser leur estime d'elles-mêmes, professionnellement parlant. Conjuguée à la théorie de Kanter,

cette notion du pouvoir pourrait donner aux infirmières la possibilité de se démarquer auprès d'acteurs influents provenant de la structure du système de santé, ou même, d'autres secteurs d'activités. Ceci pourrait ouvrir une fenêtre politique qui éventuellement favoriserait la reconnaissance des infirmières comme des alliées importantes, ce qui contribuerait à mieux positionner le pouvoir d'influence des CII dans les organisations.

Le système public de santé bat de l'aile depuis plusieurs années. Les multiples réformes sont autant de tentatives pour essayer de reprendre aux médecins un peu du pouvoir acquis afin que le ministère puisse orienter la santé vers les besoins de la population et non plus selon le bon vouloir d'une seule profession. Une partie de la solution réponse se trouve peut-être dans la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers et dans l'élaboration et la mise en place d'une structure qui donnerait au CII un véritable pouvoir d'influence dans les établissements de santé. Le CII devrait être l'instance par laquelle les infirmières déterminent, en collaboration avec l'ensemble des partenaires de l'organisation, la pratique professionnelle.

L'étudiante chercheuse pense qu'il suffirait qu'un établissement de santé mette en place une structure favorisant le pouvoir «sur» accessible à tous et qui prônerait une réelle collaboration interprofessionnelle pour qu'on voie aussitôt poindre un système de santé qui réponde vraiment aux intérêts de la population et non aux seuls intérêts de quelques acteurs du réseau de la santé.

La reconnaissance professionnelle passe par les habiletés politiques et la politisation des infirmières

Habiletés politiques à développer

La répartition actuelle du pouvoir d'autorité dans les grandes organisations crée un réseau complexe d'alliances où chacun dépend de l'autre. Ceci oblige les individus à

avoir recours à différentes stratégies politiques afin d'accéder à une certaine autonomisation permettant une participation dans les décisions. Plus on est sensibilisé à la vie politique interne, plus il sera possible de la décoder et d'adopter les stratégies adéquates pour influencer les décisions favorables au déploiement des ressources que requièrent un individu ou un groupe d'individus dans la réalisation de leur mandat.

L'analyse des données a relevé un avis initié par le CII à la demande de ses membres qui concernait des conditions de travail qui empêchaient l'application de pratiques cliniques conformes aux normes et standard de qualité. Le CII a utilisé les voies du pouvoir formel que lui accorde la loi pour influencer la DG à prendre action. Ce fait à lui seul témoigne que les membres du CECII du CHNM sont politisés. Ceci soulève aussi des interrogations. L'intervention du CII était légitime car la qualité des soins était en jeu. Cet état de fait aurait dû suffire à garantir l'action immédiate de la DG dès réception de l'avis du CII. Alors pourquoi la présidente a-t-elle cru bon d'aviser «subtilement» la DG que le CII s'attendait à des actions concrètes dans les semaines suivantes et que dans le cas contraire elle verrait à ce que le CA soit avisé de la situation? Est-ce parce ce que le CII n'a pas assez de pouvoir pour influencer les décideurs ou est-ce par manque de connaissance de stratégies politiques plus appropriés? Nul ne le sait. Toutefois, si on considère l'ensemble des données recueillies tant auprès du CII que du CM, il est permis de croire que la réponse pourrait être reliée au faible niveau d'accès de ces deux instances professionnelles aux structures de pouvoir de l'établissement.

L'analyse de documents a aussi révélé un manque de savoir-faire politique pour assurer le suivi des avis déposés. En effet, certains avis étaient adressés à des cadres intermédiaires sans qu'aucune copie conforme ne soit adressée au supérieur immédiat, en l'occurrence la DG ou le DQSI. À au moins une occasion, suite à une demande d'avis de la part de la DG, le CII a émis un document écrit mais l'a adressé au DQSI. Les membres du CECII n'ont même pas envoyé l'avis en copie conforme à la DG. Pourtant, le fait que le CECII émette des avis de sa propre initiative démontre que les infirmières sont

politisées. Toutefois, leur méconnaissance de la structure hiérarchique et des stratégies politiques est flagrante. Cet aspect est certainement à développer. Le soutien des leaders en soins infirmiers et de la direction est donc souhaitable et même nécessaire pour que les infirmières puissent exercer un pouvoir d'influence plus important sur les décideurs.

L'importance de l'action politique pour amener la reconnaissance des infirmières n'est plus à démontrer et plusieurs études en témoignent (Dallaire, 2002; Dingel-Stewart, & LaCoste, 2004; Ferguson, & Drenkard, 2003; Kalish B.J., & Kalish, P.A., 1976; Lemire-Rodger, 1993, 2002; Warner Rains, 2003). Malgré cela, les infirmières semblent avoir de la difficulté à se politiser. Bien que la structure organisationnelle dans laquelle évoluent les soins infirmiers puisse expliquer en partie cet état de fait, il n'en demeure pas moins que les infirmières semblent aussi manquer d'habiletés et de savoir-faire politiques. Les établissements d'enseignement en soins infirmiers devraient maintenant se pencher sur un curriculum éducatif qui permettrait que soit développé un savoir politique, un savoir-faire politique et un savoir-être politique. De plus, l'OIIQ pourrait aussi contribuer à ce que les membres des CII développent des habiletés politiques efficaces. Les CII auraient certainement beaucoup à apprendre de leur ordre professionnel qui a su se tailler une place de plus en plus importante dans l'arène politique, qui a su développer au fil des ans des stratégies politiques plus efficaces et qui dispose de ressources pour soutenir adéquatement les infirmières dans leur quête d'un savoir-faire politique. Les infirmières québécoises jouissent grâce à leur CII d'une arène tout à fait indiquée pour qu'elles puissent développer leurs habiletés politiques et entreprendre des actions pour que soit reconnue leur contribution.

Les infirmières savent que leur reconnaissance doit passer par l'action politique. Elles disposent déjà depuis le 4 septembre 1991 d'une instance légale pour aider à sa réalisation. L'étudiante chercheuse est d'avis qu'il leur faut maintenant des leaders pour leur montrer le comment.

Politisation des infirmières

Le soutien de personnes influentes est, comme le mentionne Kanter (1977/1993), un élément important pour gravir la structure de pouvoir. Ainsi, parmi les acteurs influents du CHNM, la présidente du CII a identifié, comme alliés de son instance, le DQSI, la DG, la secrétaire de la DQSI, le CIIA et l'ensemble des infirmières du CHNM. Les alliés du CII semblent donc provenir principalement des acteurs émanant plus spécifiquement des soins infirmiers. Toutefois, la présidente semble ne pas parvenir à transposer ses stratégies d'alliance vers une sphère plus élargie et à avoir une vision globale des acteurs influents provenant d'autres secteurs d'activités dans l'organisation ou même, des acteurs influents de l'extérieur de l'organisation comme le suggère Kanter (1977/1993). Ainsi, comme déjà souligné, il n'est jamais venu à l'idée de la présidente du CII que l'instance pourrait tirer certains avantages à faire alliance avec les autres conseils professionnels de son établissement jusqu'à ce que l'étudiante chercheuse lui pose la question en entrevue.

La non reconnaissance de leur contribution pourrait donc en partie s'expliquer par le fait que les infirmières demeurent en vase clos, de sorte que leurs échanges demeurent stériles. Cette façon d'agir empêche la diffusion de la contribution des soins infirmiers et surtout, nuit à la participation active des infirmières aux tables stratégiques et décisionnelles (Dingel-Stewart, & LaCoste, 2004).

Tout au contraire, les médecins, qui, eux, ont vite compris l'importance des alliés, vont établir des alliances avec les acteurs qui détiennent les ressources dont ils ont besoin pour accomplir leur travail, comme le propose la théorie de Kanter (1977/1993). Ainsi, le CMDP va naturellement s'allier aux acteurs qui contrôlent les ressources. O'Neill, Boyer et Gosselin (1997) dégagent, dans leur grille d'analyse politique, trois éléments quantifiables: le pouvoir de l'acteur ou son efficacité potentielle à faciliter ou bloquer la mise en œuvre d'une intervention, l'attitude favorable ou défavorable de l'acteur à

l'intervention et la priorité que l'acteur accorde à l'intervention. Ces éléments aident à circonscrire qui sont les acteurs les plus susceptibles d'appuyer l'intervention d'une instance. En considérant les trois éléments de la grille d'analyse politique, l'intérêt pour le CMDP et les autres directions à développer une alliance avec le CII dans sa forme actuelle n'est pas très grand, car le CII n'exerce aucun contrôle sur les ressources. Il est donc tout à fait compréhensible que le CMDP et les directeurs consacrent leurs efforts à créer des alliances avec les acteurs qui contrôlent les ressources. Ainsi les propos du CMDP à l'égard du CII, bien que désolants, sont le reflet de la position réelle qu'occupe actuellement le conseil professionnel des infirmières dans les structures de pouvoir du CHNM.

La reconnaissance professionnelle va découler de l'action politique entreprise par l'ensemble des infirmières. Il faut savoir reconnaître certes, mais aussi "créer" les opportunités. Aussi, le manque de temps et la pénurie d'effectifs sont souvent invoqués par les participants à cette recherche pour justifier la difficulté associée à la libération des infirmières pour qu'elles puissent assister aux activités du CII. La présidente du CII a reconnu l'importance du soutien des cadres et plus particulièrement des infirmières chefs dans la réalisation du mandat de l'instance professionnelle.

Donc, il faudrait que l'ensemble des infirmières, à tous les niveaux de la gouverne, appuient le CII en préconisant des conditions qui facilitent la participation des infirmières. Ceci pourrait influencer positivement la motivation des membres à s'y impliquer. Le CII doit devenir une priorité pour toutes les infirmières gestionnaires. Les réunions du CECII et la participation des membres aux différents comités de l'organisation sont essentielles. Elles permettent aux infirmières d'être informées, de prendre position sur les différents dossiers prioritaires de l'établissement et de faire connaître leurs besoins afin que soient respectés les normes et standards de pratique. Le manque de ressources financières et de ressources humaines ne doit plus servir à justifier la tenue de réunions sur les heures de repas ou encore, en dehors des heures de travail,

non plus d'ailleurs qu'à justifier l'annulation d'une rencontre. Ces moments d'échanges sont essentiels si les infirmières veulent être capables d'utiliser le plein potentiel politique du CII. Il serait impérieux que les infirmières gestionnaires reconnaissent l'importance du CII et en deviennent des supporteurs invétérées. Ces dernières peuvent faire toute la différence entre un CII actif qui influence les décisions et un CII qui se contente d'une participation passive dans un semblant de démocratie comme en traite Godbout (1983).

Le CII se préoccupe avant tout de la qualité des soins et des services pour le bien-être et la santé des usagers en surveillant la pratique et les conditions dans lesquelles elle s'exerce dans l'établissement de santé. Cette instance professionnelle ne sert aucunement aux intérêts des infirmières. Lui donner la priorité qu'elle mérite revient à mettre le patient au cœur des préoccupations des infirmières. Lui accorder peu d'importance revient donc à dire qu'on accorde peu d'importance à la qualité des soins et des services offerts à la population par les soins infirmiers.

Les objectifs des CII ne sont pas étrangers à ceux de l'OIIQ, dont la préoccupation première est la protection de la population et, plus spécifiquement, de la santé de celle-ci. Bien que l'OIIQ soutienne déjà les CII de différentes façons, telles la tenue d'un colloque annuel, une chronique CII dans «Le Journal» et un site web, l'étudiante chercheuse est d'avis qu'une alliance plus étroite entre les CII et l'OIIQ serait des plus bénéfiques pour les deux parties. L'OIIQ a en effet su se tailler une place de plus en plus importante auprès d'acteurs politiquement très influents. Ses membres ont développé au fil des ans des habiletés politiques, et plus particulièrement de solides alliances à travers le réseau de la santé bien sûr, mais également auprès d'autres instances politiques. La création d'une association des CII soutenue par l'OIIQ serait, selon l'étudiante chercheuse, à privilégier si les infirmières espèrent pouvoir un jour influencer, à l'instar des médecins, les politiques en matière de santé.

En effet, l'instauration d'une association de CII soutenue par l'OIIQ élèverait les CII au-dessus des structures organisationnelles des établissements publics de santé et leur offrirait la possibilité d'avoir accès aux structures de pouvoir dans lesquelles les ordres professionnels se positionnent. Ainsi, les infirmières pourraient, par l'intermédiaire de leur association des CII, émettre des avis et des recommandations directement aux députés et aux ministres, tout comme le fait actuellement l'association des CMDP.

En effet, tirant profit de leur pouvoir d'influence sur les gestionnaires, les CMDP sont parvenus à obtenir les ressources nécessaires pour se doter d'une association bien établie socialement. Certains CMDP ont même réussi à obtenir que les frais d'adhésion à l'association soient défrayés par l'établissement de santé. Cette association est devenue une source de support et d'échange d'informations importantes pour les médecins. Les membres des CMDP peuvent y recevoir de la formation, on y présente des colloques et son président est invité à échanger directement avec le ministre sur différentes questions relatives à la pratique médicale au sein du système de santé.

La création d'une association des CII soutenue par l'OIIQ pourrait s'avérer un atout des plus bénéfiques pour la pratique infirmière. Une telle association échapperait au pouvoir d'autorité des directeurs des établissements et offrirait aux infirmières une structure organisationnelle parallèle qui se comparerait à celle des médecins. L'association pourrait devenir une fenêtre politique par laquelle les infirmières soignantes pourraient adresser leurs recommandations directement aux ministres et aux députés pour qu'elles parviennent là où sont prises les décisions et élaborées les lois et les politiques.

Une association des CII pourrait incontestablement être une opportunité politique pour que les infirmières puissent enfin faire reconnaître leur contribution au système de santé et participer activement aux décisions à un niveau de pouvoir homologue de celui des médecins.

Les infirmières peuvent devenir des chefs de file dans l'élaboration de politiques qui favorisent un système de soins axé sur la santé tel que le souhaite le gouvernement actuel. Bien qu'elles détiennent un savoir qui leur est propre et qui contribue au système de santé (Dallaire, 2002), elles doivent étendre leurs intérêts au-delà du soin. Elles pourraient ainsi contribuer aux décisions touchant les politiques qui déterminent les soins et les services en fonction des besoins de santé tout en tenant compte du contexte sociopolitique. Pour y arriver, elles se doivent d'acquérir une bonne connaissance des instances politiques qui dirigent le réseau et des modes de financement du système de santé et connaître, de même que reconnaître, les acteurs politiques et elles doivent aussi savoir établir des alliances.

Forces et limites de la recherche

Les forces de l'étude

Cette recherche semble être la première qui porte sur l'influence politique du CII. Elle a permis de mieux saisir comment se dessine le pouvoir d'influence de cette instance professionnelle au sein de la structure organisationnelle d'un établissement de santé déterminé. Ceci constitue un apport important pour la profession. En mettant en lumière les comportements qui favorisent ou restreignent le pouvoir d'influence du CII, cette étude pourrait amener les infirmières à adopter des stratégies politiques plus appropriées et plus efficaces.

Bien que peu nombreuses, les études en soins infirmiers avec comme cadre de référence la théorie de Kanter semblent toutes appuyer ses affirmations (Laschinger, 1996). Cette théorie s'est donc avérée très utile pour mieux comprendre l'étendue du pouvoir d'influence du CII du CHNM. Les éléments des structures de pouvoir ont permis de mettre en lumière les facteurs et les comportements qui contribuent au pouvoir

d'influence du CII. La théorie de Kanter permet de valider le niveau de pouvoir que détient chacun des acteurs dans l'établissement de santé et de mieux comprendre comment se distribuent les ressources entre eux. Elle met également en perspective l'influence qu'a la structure organisationnelle sur le pouvoir qu'une instance peut exercer dans l'établissement. Cette prise de conscience pourrait influencer le comportement et l'attitude des infirmières eu égard au rôle du CII dans la reconnaissance de la contribution de leur pratique au système de santé québécois.

La recherche a aussi mis en valeur l'importance de l'action politique pour les infirmières afin qu'elles puissent donner voix à leurs nombreuses contributions et puissent participer activement aux prises de décisions de l'établissement de santé. La théorie de Kanter a aussi souligné l'importance du soutien des leaders dans le bon fonctionnement du CII ainsi que dans l'implication et l'engagement politique des infirmières.

L'utilisation de l'étude de cas s'est aussi avérée un bon devis de recherche. La diversité des méthodes de collecte de données utilisées a contribué à la validation des informations recueillies. Cette façon de procéder était nécessaire étant donné la nature des informations recueillies et le fait que l'anonymat entre les participants ne peut être respecté, laissant place à une crainte de représailles qui a pu influencer le contenu des informations divulguées lors des entrevues. La triangulation des données a servi à valider les informations et à rehausser les critères de scientificité.

L'expérience personnelle de l'étudiante chercheuse a aussi été un élément important dans la compréhension du phénomène à l'étude. Sa connaissance du réseau de santé et du CII de même que les nombreuses études sur lesquelles elle s'est appuyée ont permis l'élaboration d'un questionnaire propre à recueillir de nombreuses informations pertinentes.

Enfin, la recherche vient appuyer les études (Ashley, 1973; Dallaire, 2002; Holmes, & Gastaldo, 2002; Mason, 1991) qui affirment que les infirmières détiennent un pouvoir, pouvoir que d'autres n'hésitent pas à s'attribuer. Selon l'étudiante chercheuse, le pouvoir des infirmières est là, mais il demeure un secret bien gardé par ceux et celles qui préféreraient ne pas avoir à le partager.

Les limites de l'étude

Une des limites de l'étude pourrait provenir des difficultés rencontrées lors de la collecte des données. L'étude a coïncidé avec l'adoption de la loi 25 et avec les grandes transformations qui en découlent. Ainsi, la collecte des données d'abord prévue a dû être ajustée aux réalités qui se vivaient dans l'établissement de santé. L'étude fut menée alors que le CHNM était en fin de processus de fusion. Les établissements étaient déjà regroupés et la nouvelle structure organisationnelle était en place depuis quelques mois. Cependant, les CII ne devaient débiter la phase de fusion qu'au moment de l'étude. Les délais reliés aux multiples autorisations nécessaires pour effectuer l'étude ont fait en sorte qu'au moment où a débuté la recherche, le CECII du CHNM, qui répondait aux critères de sélection, en était à sa dernière réunion. L'étudiante chercheuse a donc pu *in extremis* assister comme observatrice à cette réunion. Il avait été prévu l'observation de deux réunions, soit une avant et une après les entrevues. Toutefois, cela n'a pas été possible. Il n'y eut en fait qu'une observation de réunion du CECII, soit celle qui a eu lieu avant les entrevues. Il en fut de même pour la réunion du CA. Au moment de l'étude, le CA tenait sa dernière séance de l'année et ne reprenait ses activités que trois mois plus tard. À cause des contraintes de temps, la deuxième observation n'a pas pu avoir lieu.

Toutefois, il s'est avéré que les informations relevées lors de ces deux seules réunions ont quand même permis de vérifier et valider plusieurs éléments rapportés en entrevue ou ressortis de l'analyse de documentation. L'étudiante chercheuse est d'avis

qu'une deuxième observation de réunion de ces deux instances n'aurait pas apporté plus d'éléments significatifs permettant la validation des données.

Le fait que le poste d'infirmière membre du CA était vacant a fait en sorte que seulement six des sept entrevues prévues ont eu lieu. L'entrevue qui devait avoir lieu avec cette infirmière aurait peut-être pu permettre de valider l'importance que la présidente du CA dit accorder au CII. La compréhension du rôle et du mandat des conseils professionnels et des responsabilités de ceux-ci envers le CA aurait éventuellement pu être mieux validée.

Une autre limite de cette recherche résulte de l'utilisation de l'étude de cas unique, ce qui ne permet pas la généralisation des résultats obtenus. Ces derniers ne sont concluants que pour le CII à l'étude. Les résultats peuvent toutefois servir à appuyer la théorie de Kanter, ce qui n'est pas négligeable compte tenu du sujet à l'étude.

La dernière limite importante de cette recherche est reliée à la confidentialité. Bien que celle-ci soit respectée dans les écrits, les participants à l'étude peuvent se reconnaître. Ceci peut donc avoir été un biais important et non négligeable. Ne pouvant compter sur l'anonymat, il se peut que les individus n'aient pas pu s'exprimer librement. De plus, il ne faut pas sous-estimer le caractère sensible du sujet à l'étude. Pour la haute direction, le sujet était délicat et une certaine retenue à l'égard des éléments abordés était inévitable. Mais la collecte selon différentes sources de données devrait rassurer sur la véracité des propos tenus.

Recommandations

Différentes pistes de recherche ainsi que des réflexions suggérées par les résultats de la recherche sont proposées dans cette section. De plus, les implications pour la pratique sont discutées.

Pistes de recherches futures

Cette recherche semble être la première à analyser le niveau du pouvoir d'influence exercé par un CII dans son établissement de santé. Elle appuie la théorie de Kanter et elle a permis de mettre en lumière comment la structure organisationnelle dans laquelle se trouvent les infirmières influe directement sur le pouvoir d'influence qu'elles peuvent exercer à travers le CII. Le cœur du problème semble provenir du fait que les infirmières sont des salariées assujetties à une structure hiérarchique où les cadres détiennent un pouvoir d'autorité sur les ressources et en contrôlent la distribution. L'importance de l'influence qu'a la structure sur la distribution du pouvoir dans l'établissement se révèle surtout à travers les comportements des médecins qui, parvenus à maintenir leur autonomie professionnelle, se sont vu octroyer une structure parallèle qui ne les assujettit pas à la structure hiérarchique de l'établissement de santé. Or, comme l'ont mentionné la DG et le président du CMDP, la condition de salariées des infirmières n'est pas à la veille de changer. Des études supplémentaires sont donc nécessaires afin de voir comment les infirmières, par l'intermédiaire de leur CII, peuvent augmenter leur pouvoir d'influence tout en demeurant salariées. Il faut trouver des stratégies politiques qui permettent de faire les choses autrement.

Aussi, les gestionnaires doivent trouver une structure qui incite l'implication des médecins dans les objectifs de l'établissement de santé et qui donne aux autres professionnels de la santé l'opportunité d'influencer les décisions au sujet de leur propre pratique. Ceci pourrait avoir comme conséquence de ramener le pouvoir médical à des

proportions plus justes et équitables et d'obliger les médecins à un plus grand partage des ressources disponibles. L'étudiante chercheuse croit que cela sera possible dans la mesure où l'ensemble des gestionnaires et des décideurs politiques reconnaissent les trois conseils professionnels pour ce qu'ils sont, des leviers politiques qui favorisent la négociation et l'échange d'information et qui assurent que la pratique professionnelle rencontre les objectifs fixés par l'ensemble des acteurs, population incluse. Il faut donc des études pour que soit trouvée une structure qui incite à une répartition plus équitable des ressources en fonction des besoins de santé. La santé future de la population tout comme aussi la survie même du système public de santé en dépendent.

Comme mentionné plus haut, la théorie de Kanter s'est avérée être un excellent cadre de référence pour mieux comprendre le pouvoir: qui le détient, quel est le niveau de ce pouvoir et comment il peut être influent. Mais ce cadre de référence met aussi en lumière les facteurs qui contribuent à adopter des stratégies adéquates permettant la mise en place de fenêtres d'opportunités, ou encore à reconnaître celles-ci et les saisir lorsqu'elles sont présentes. Des études plus poussées sur le pouvoir d'influence des infirmières en général et s'appuyant sur la théorie de Kanter seraient donc à favoriser. Ceci pourrait aider à mieux comprendre comment mettre en place des actions politiques efficaces qui contribueraient à la reconnaissance professionnelle des infirmières.

Enfin, la structure des proportions, élément de la théorie de Kanter, mériterait plus d'attention. Les études recensées démontrent que cette structure est peu ou pas étudiée. À la lumière des résultats obtenus, l'étudiante chercheuse croit qu'une meilleure compréhension de la structure des proportions sur l'ensemble de l'organisation pourrait expliquer les nombreux questionnements au sujet du supposé non engagement politique des infirmières. Le "tokenism" ou effet "jeton" semble avoir une influence sur le comportement des infirmières et des acteurs qui les entourent. Des études portant spécialement sur cet élément pourraient aider à mieux comprendre comment il influence les comportements et aider à l'autonomisation professionnelle.

Implications pour la profession

Cette recherche comporte plusieurs implications pour les sciences infirmières. D'abord, les résultats obtenus permettent de reconnaître le CII comme levier politique pour l'autonomisation de la profession. L'exploration du niveau d'accès du CII dans les structures de pouvoir permet de mieux comprendre l'influence qu'il exerce sur les décideurs. De plus, la théorie de Kanter fait ressortir les facteurs qui favorisent ou font obstacle au pouvoir d'influence du CII.

À la lumière des résultats obtenus, il convient d'affirmer, à l'instar de Ferguson et Drenkard (2003), Warner Rains (2003), Dallaire (2002), Lemire-Roger (1993), Condon (1992) et de Kalish B.J. et Kalish P.A. (1976), que l'action politique est la voie que doivent emprunter les infirmières si elles veulent obtenir la juste reconnaissance de leur contribution. Toutefois, elles devront d'abord acquérir un savoir faire politique. L'action politique et l'acquisition d'habiletés et de savoir-faire en matière de stratégies politiques doivent faire partie du curriculum éducatif des sciences infirmières. L'importance de l'action politique est connue et reconnue et de nombreux écrits en témoignent (Dallaire, 2002; Ferguson, & Drenkard, 2003; Lemire-Rodger, 1993; Mason, 1991; Reverby, 1987; Roberts, 2000; Warner Rain 2003), mais peu de chercheurs se sont attardés à comprendre le pourquoi du supposé non-engagement des infirmières. Cette étude offre un début de compréhension de ce phénomène.

Il faut maintenant agir concrètement et enseigner comment faire de la politique. Ceci est impératif pour la profession, compte tenu de la fenêtre d'opportunité qu'offre la réforme actuellement en cours au niveau du système de santé qui laisse poindre un changement de paradigme. Il semble y avoir un désir d'instaurer un réel système de santé. Or, la santé est un domaine propre aux infirmières (Demers, 1994). Le CII peut être un levier politique important afin que soient mises en place des pratiques de gestion qui témoignent de la contribution des soins infirmiers. Ceci ne peut se réaliser qu'à la

condition que les infirmières contribuent activement à l'élaboration de politiques qui favorisent des services et des soins qui répondent aux besoins de santé de la population.

L'importance du soutien des infirmières chefs de file est une constatation qui se dégage de cette étude. Celles-ci peuvent contribuer à l'engagement et à l'implication des infirmières au CII. Elles pourraient reconnaître l'importance du CII par rapport au bienfait que ce dernier peut apporter pour le bien-être et la santé de la population. Le bon fonctionnement du CII doit devenir une priorité pour l'organisation. Les gestionnaires doivent avoir le courage de leurs convictions et mettre en place des conditions qui permettent aux infirmières de bien remplir le mandat du CII.

La présente recherche a aussi fait ressortir le réseau d'alliances restreint et hermétique du CII. En effet, les infirmières semblent préférer frayer entre elles. Une telle attitude rend moins fructueux les échanges et limite aux seules infirmières la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers. Les infirmières doivent étendre leur réseau au-delà des sciences infirmières si elles veulent espérer que soit reconnue leur contribution par les décideurs de tous les niveaux du système de santé. Un réseau d'alliances plus diversifiées leur donnerait un plus grand pouvoir d'influence afin que soient adoptées des politiques qui favorisent des pratiques de gestion qui témoignent de la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers.

Enfin, les CII auraient intérêt à partager leur expérience. Une association des CII pourrait avoir l'avantage de permettre d'échanger l'information et de partager les expériences. Cela pourrait aussi permettre d'unifier les forces de chacun et d'avoir un pouvoir d'influence plus important. La DG du CHNM a bien reconnu l'importance d'une semblable association pour les CII. Est-ce annonciateur d'une certaine ouverture de ce côté? Cela reste à voir! Il est certain qu'avec la mise en application de la loi 25, le nombre de CECII est considérablement réduit. Une association provinciale serait souhaitable. Mais il faudra voir s'il y a une volonté réelle des établissements à soutenir la

création d'une telle instance. Il faudrait prévoir des libérations et un support financier minimal, ne serait-ce que pour couvrir les frais administratifs.

L'implication des CII dans les prises de décisions est primordiale. Avec des CII plus avisés localement, peut-être ceux-ci pourraient-ils exercer assez d'influence sur les acteurs internes et externes pour obtenir une association provinciale. Une association des CII soutenue par l'OIIQ pourrait projeter les infirmières dans l'arène politique provinciale et leur donner tout le poids politique nécessaire afin que soit reconnue la contribution des soins infirmiers au système de santé québécois et, qu'enfin, les infirmières obtiennent la reconnaissance professionnelle qui leur est due, celle qui mène à l'autonomie professionnelle tant convoitée!

Conclusion

L'institution légale du Conseil des infirmières et infirmiers en 1991 a été spécialement faite pour appuyer les gestionnaires des établissements publics de santé dans l'organisation des services et des soins offerts à la population (Rochon, 1988). Elle semblait offrir aux infirmières une opportunité politique sans précédent au Québec. Après plus de dix années d'existence, il était impératif de mieux comprendre comment le pouvoir d'influence du CII s'exerce dans les établissements de santé et de voir dans quelle mesure cette instance peut servir à faire valoir la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers au système de santé.

La théorie de Kanter s'est avérée un excellent cadre de référence pour mieux comprendre les liens entre la distribution du pouvoir parmi les acteurs en place et la structure organisationnelle dans laquelle ils évoluent. En principe, la position réservée au CII dans la structure organisationnelle de l'établissement de santé devrait lui accorder assez de pouvoir d'influence formel pour qu'il puisse avoir accès aux ressources nécessaires à son bon fonctionnement. Or, malgré cette position, le pouvoir d'influence du CII est limité, précisément à cause de la structure. En effet, la structure dans laquelle s'insèrent les infirmières salariées donne aux gestionnaires un pouvoir formel «sur» celles-ci, ce qui inévitablement affecte le pouvoir d'influence du CII auprès de ces mêmes gestionnaires.

Mais plus important encore, cette recherche a mis en évidence le fait que le réel pouvoir semble être dans une toute autre structure située hors les établissements de santé, structure à laquelle ont accès les médecins mais non les gestionnaires des établissements ni les autres professionnels qui y oeuvrent. Les décideurs pourraient devoir trouver une nouvelle structure qui permettrait de répartir les rapports de force équitablement entre tous les acteurs du réseau de la santé s'ils veulent un système public de santé efficient et efficace.

Par ailleurs, la recherche a aussi révélé que le CII pourrait être une arène politique où les infirmières puissent développer et mettre en pratique leurs habiletés politiques.

Pour ce faire, elles auraient besoin de supporteurs influents. La création d'une association des CII soutenue par l'OIIQ pourrait élever les infirmières au-dessus des structures organisationnelles des établissements de santé qui, avec le pouvoir «sur» des gestionnaires, limitent le pouvoir d'influence de l'instance professionnelle. Les infirmières, par le biais de leur association de CII, pourraient avoir accès à une structure qui leur accorderait un certain pouvoir «sur». Elles seraient alors à même d'influencer les dirigeants politiques et de devenir activement impliquées dans toutes les sphères du politique. Alors peut-être pourraient-elles enfin parvenir à l'autonomisation de leur profession et voir s'installer des pratiques de gestion qui témoignent de leurs nombreuses contributions au système de santé québécois.

Pour conclure, permettra-t-on à l'étudiante chercheuse de reprendre les propos tenus par le président du CM laissant entrevoir la portée que pourrait avoir le CII, propos porteurs d'espoir qui donnent à eux seuls tout son sens à cette recherche:

«J'ai l'impression que si [les infirmières] l'utilisait à plein [le CII], ça ferait un peu plus de vagues!».

Références

- Abbott, A. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago, University of Chicago Press.
- Aiken, L., Clarke, S., & Sloane, D. M. (2000). Hospital restructuring : does it adversely affect care and outcomes? *Journal of Health and Human Services Administration*.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sockalski, J., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M., & Shamian, J. (2001). Nurse's report on hospital care in five countries. *Health Affairs, mai-juin*, 43-51.
- Aiken, L., & Fagin, C. (1997). Evaluating the consequences of hospital restructuring. *Medical Care*, 35(10), OS1-OS4.
- Allen David, G. (1999). Knowledge, politics, culture and gender : a discourse perspective. *Revue Canadienne de Recherche en Sciences Infirmières*, 30(4), 227-234.
- Ashley, J. A. (1973). About power in nursing. *Nursing Outlook*, 21(10), 637-641.
- Bartky Lee, S. (1990). *Femininity and domination : studies in the phenomenology of oppression*. New York, Routledge Chapman and Hall Inc.
- Blegen, M., Goode, C., & Reed, L. (1998). Nurse staffing and patient outcome. *Nursing Research*, 47(1), 43-50.
- Blondeau, D. (1999). Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui. Dans O.Goulet et C. Dallaire (Éd.), *Soins infirmiers et société*, (pp. 101-114). Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.
- Bloom, J., Alexander, J., & Nuchol, B. (1997). Nurse staffing patterns and hospital efficiency in the United States. *Social Science and Medicine*, 44(2), 147-155.
- Bloor, K., & Maynard, A. (2003). Planning human resources in healthcare : towards an economic approach. An international comparative review. *Fondation canadienne de recherche sur les services de santé*, Ottawa.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. (pp. 11-59). Paris, Éditions du Seuil.
- Buresh, B., & Gordon, S. (2000). *From Silence to Voice*. Ottawa: Can.
- Burns, N., & Grove, S. (2001). *The Practice of Nursing Research: conduct, critique & utilization* (4e éd.). Pennsylvania: W. B. Saunders Company.

- Carpentier-Roy, M. C. (1995). *Corps et âme : psychopathologie du travail infirmier* (2^e éd.). Liber, Montréal.
- Clarke, S. P., & Aiken, L. H. (2003). Registered nurse staffing and patient and nursing outcomes in hospitals : a commentary. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 4(2), 104-111.
- Cohen, Y. (2000). *Profession Infirmière : Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cohen, S. S., Mason, D. J., Kovner, J. K., Keavitt, J. K., Pulcini, J., & Sochalski, J. (1996). Stages of nursing's political development : where we've been and where we ought to go. *Nursing Outlook*, 44, 259-266.
- Condon Esther, H. (1992). Nursing and the caring metaphor : gender and political influence in an ethics of care. *Nursing Outlook*, 40(1), 14-19.
- Dallaire, C. (1993). La contribution des soins infirmiers au système de santé. Dans O. Goulet (Éd). *La Profession Infirmière : valeurs, enjeux, perspectives* (pp. 23-54). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dallaire, C. (1997). Une analyse des principaux acquis infirmiers de la réforme Coté. Dans A. Dontigny, E. Labillois, M. Breton, M. O'Neill, P. Gosselin, & M. Boyer (Éds). *Les monographies du Centre québécois collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le développement des Villes et Villages en santé* (pp. 239-251). Monographie, 3, La Santé Politique : Petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé.
- Dallaire, C. (1999). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds), *Soins Infirmiers et Société* (pp. 33-55). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dallaire, C. (2002). Le sens politique en soins infirmiers. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds). *Les Soins Infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (pp. 199-224). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dallaire, C., & Blondeau, D. (1999). Le savoir infirmier : une problématique. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds). *Soins Infirmiers et Société* (pp. 175-200). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dallaire, C., O'Neill, M., & Lessard, C. (1994). Les enjeux majeurs pour la profession infirmières. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, & G. Bélanger (Éds). *Le Système De Santé Au Québec : Organisations, acteurs et enjeux* (pp. 245-262). Sainte-Foy : Les presses de l'Université Laval.

- Demers, L. (1994). La profession médicale. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, et G. Bélanger (Éds). *Le système de santé au Québec : Organisations, Acteurs et Enjeux* (pp. 213-243). Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Desrosiers, G. (2003). Les infirmières, un problème budgétaire ou une solution? *Le Soleil*. (n.d.) juin.
- Desrosiers, G., & Valois, M. (1999). L'Efficiencence et l'efficacité de la pratique infirmière dans un système en mutation. Dans O. Goulet & C. Dallaire (Éds). *Soins Infirmiers et Société* (pp. 57-78). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dingel-Stewart, S., & LaCoste, J. (2004). Light at the End of the Tunnel : A Vision for an Empowered Nursing Profession Across the Continuum of Care. *Nursing Administration Quarterly*, 28(3), 212-216.
- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 113-120.
- Enhrenreich, B., & English, D. (1983). *Sorcières, sages-femmes & infirmières : Une histoire des femmes et de la médecine*. Ottawa : Les Éditions du remue-ménage.
- Evans, R.G., & Stoddart, G. L. (1996). *Produire de la santé, consommer des soins. Être ou ne pas être en bonne santé*. (pp. 37-73). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Fagin, C. (1990). Nursing's value proves itself. *American Journal of Nursing*, October.
- Ferguson, L. S., & Drenkard, K. N. (2003). Developing Nurse Leaders In Health Policy : An Educationnal and Practice Partnership. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 4(3), 80-184.
- Forest, P. G. (1997). Les régimes d'équité dans le système de santé du Québec. *Canadien Public Policy-Analyse de politiques*, 23 , 55-68.
- Foucault, M. (1976). Droit de mort et le pouvoir sur la vie. *Histoire de la sexualité : La volonté de savoir* (pp. 177-191). Paris : Gallimard.
- Freidson, E. (1984). Les métiers paramédicaux. Dans E. Freidson, *La profession médicale*. p. 58-80, Paris, Payot.
- Freidson, E. (1984). Les caractéristiques professionnelles. Dans E. Freidson (Éd). *La profession médicale* (pp. 81-94). Paris : Payot.

- Gagnon, F., & Dallaire, C. (2002). Promotion de la santé : la contribution du savoir infirmier. Dans O. Goulet et C. Dallaire, (Éds). *Les Soins Infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (pp. 255-277). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Gilbert, T. (1995). Nursing : empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing*, 21(5), 865-871.
- Godbout, J. (1983). *La participation contre la démocratie*. Montréal : Les Éditions Coopératives Albert Saint-Martin.
- Gordon, S., & Nelson, S. (2005). An End to Angels. *American Journal of Nursing*, 105(5), 62-69.
- Goulet, O. (1999). L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds). *Soins infirmiers et société* (pp. 135-152). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Goulet, O. (2002a). Une pratique infirmière autonome : un projet ambitieux. . Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds). *Les Soins Infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (pp. 163-180). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Goulet, O. (2002b). Une formation infirmière à renouveler. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds). *Les Soins Infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (pp. 365-382). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Hendrix, T. J., & Foreman, G. E. (2001). Optimal long term care nurse staffing levels. *Nursing Economics*, 19(4), 164-175.
- Holmes, D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 557-565.
- Kalish, B. J., & Kalish, P. A. (1976). A disclosure on the politics of nursing. *Journal of Nursing Administration*, March-April, 29-34.
- Kanter, R. M. (1975). Women and the structure of organizations : explorations in theory and behavior. Dans M. Millman & R. M. Kanter (Éds). *Another Voice : feminist perspectives on social life and social science* (pp. 34-74). New York: Anchor Books.
- Kanter, R.M. (1993). *Men and Women of the Corporation* (éd.. rév.). New York: Basic Books.
- Kovner, C. T., Jones, C. B., & Gergen, P. J. (2000). Nurse staffing in acute care hospitals: 1990 to 1996. *Journal of Policy, Politics and Nursing Practice*, 1(3), 194-204.

- Lamoureux, D. (2001). *L'amère patrie : féminisme et nationalisme dans le Québec contemporain* (pp. 137-175). Montréal : Éditions du remue-ménage.
- Laperrière, A. (1997). L'observation directe. Dans B. Gauthier (Éd). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (pp. 241-262). Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université du Québec.
- Larson, M. S. (1988). À propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire. *Sociologie et Sociétés*, 20(2), 22-40.
- Laschinger Spence, K. H. (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), 25-42.
- Lauzon, S., & Pepin, J. (2000). *L'appréhension de la substance infirmière par l'examen de concepts ayant fait l'objet d'analyses*. Recherche en soins infirmiers.
- Lavoie, J. (1997). *Apprendre à intervenir politiquement : Infirmières et conseil des infirmières et infirmiers (CII)*. Essai au programme de maîtrise en sciences infirmières inédit, Université de Montréal.
- Lemieux, V. (1994). Les politiques publiques et les alliances d'acteurs. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (Éds). *Le Système de Santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux* (pp. 9-32). Sainte-Foy : Le Presses de l'Université de Laval.
- Lemieux, V. (1998). Les coalitions à propos des politiques publiques. *Les coalitions : Liens, transactions et contrôles* (pp. 137-162). Presses universitaires de France.
- Lemire-Rodger, G. (1993). L'infirmière et l'action politique. Dans O. Goulet (Éd). *La Profession Infirmière : valeur, enjeux, perspectives* (pp. 131-147). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Lemire-Rodger, G. (2002). Organisation et gestion des soins : projection dans l'avenir. Dans C. Viens, M. Lavoie et M. Mayrand-Leclerc (Éds). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 159-178). Québec : Presses Inter Universitaire.
- Maioni, A. (1999). Les normes centrales et les politiques de santé. Dans C. Bégin et al. (Éds). *Le système de santé québécois : Un système en transformation* (pp. 53-76). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Marmor, T., Barer, M. L., & Evans, R.G. (1996). Les déterminants de la santé de la population : comment améliorer l'état de santé dans les pays démocratiques? *Être ou*

- ne pas être en bonne santé* (pp. 223-236). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Mason, D. J. (1991). Toward a feminist model for the political empowerment of nurses. *Image*, 23(2), 72-77.
- Norrish, B. R., Rundall, T.G. (2001). Hospital restructuring and the work of registered nurses. *The Milbank Quarterly*, 79(1), 55-79.
- Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec – OIIQ. (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives : Une réalité à saisir*. Montréal.
- Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec – OIIQ. (1993). *Le Conseil des Infirmières et Infirmiers : Une instance stratégique*. Montréal.
- Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec- OIIQ. (2002). *Stratégie organisationnelle 2002-2005*. Montréal.
- O'Neill, M., Boyer, M., & Gosselin, P. (1997). Une méthode d'analyse et d'intervention politique en santé. Dans M. O'Neill, P. Gosselin, et M.Boyer (Éds). *La santé politique. Petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé*. Québec : Université Laval.
- Perreault, M. (1998, Mars). *Les défis pour les infirmières du Québec face aux tendances néo-libérales et à la mondialisation des marchés*. Leçon inaugurale de la 75^{ième} année de l'École des sciences infirmières Anna Nery, Rio de Janeiro.
- Pineault, R., & Lessard, R. (1984). Le système de santé du Québec : objectifs de soins ou objectifs de santé ? *L'Union Médicale du Canada*, 113, 750-754.
- Poirier, M. (1994). *Étude de situation et identification des conditions de succès reliées au fonctionnement du conseil des infirmières et infirmiers au CLSC Jardin du Québec*. Rapport d'intervention dans le programme de maîtrise en administration publique inédit. Université de Montréal.
- Porter-O'Grady, T. (2000). Visions for the 21st Century : new horizons, new health care. *Nursing Administration Quarterly*, 25(1), 30-38.
- Porter-O'Grady, T. (2001). Is shared governance still relevant? *Journal of Nursing Administration*, 31(10), 468-473.
- Pumford, S. (1991). Revisiting routines. *Nursing Times*, 87(35), 31-33.

- Reissman Kohler, C. (1983). Women and medicalization : A new perspective. *Social Policy, 14(1)*, 3-18.
- Reverby, S. (1987). A caring dilemma :womanhood and nursing in historical perspective. *Nursing Research, 36(1)*, 5-11.
- Renaud, M. (1989). Le Québec en débat : enjeux et perspectives dans le domaine socio-sanitaire. *Sciences Sociales et Santé, 7(4)*, 1-38.
- Roberts, S. J. (1983). Oppressed group behaviour : implications for nursing. *Advances in Nursing Science, July-August*, 21-30.
- Roberts, S. J. (2000). Development of a positive professional identity : liberating oneself from the oppressor within. *Advances in Nursing Science, 22(4)*, 71-82.
- Rochon, J. (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Gouv. du Québec : Bibliothèque nationale de Québec.
- Sabatier, P. A. (1993). Policy change over a decade. Dans P. A. Sadatier et H. C. Jenkins-Smith (Éds). *Policy Change and Learning : An Advocacy Coalition approach* (pp. 13-56). Boulder: Wetsview Press.
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éd). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (pp.263-285). Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université du Québec.
- Tuohy, C. H. (1999). Dynamics of a changing health sphere : The United States, Britain and Canada. *Health Affairs, 18(3)*, 114-134.
- Vallières, S., & Mercier, C. (2002). Les conseils des infirmières et infirmiers dans les établissements de santé du Québec, de 1999 à 2001. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds). *Les Soins Infirmiers : Vers de nouvelles perspectives* (pp. 225-252). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Warner Rains, J. (2003). A Phenomenological Approach to Political Competence : Stories of Nurse Activists. *Policy, Politics & Nursing Practice, 4(2)*, 135-143.
- Yin, R. K. (2002). *Case Study Research :Design and Methods*. (3e éd.) London : Sage Publications.

Appendice A

Lettre de participation et Formulaire d'autorisation et de consentement

Le 11 novembre 2004

Objet : Participation de votre établissement à une étude de cas portant sur l'influence politique du Conseil des infirmières et infirmiers dans la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers au système de santé québécois

Madame, Monsieur

Je suis étudiante inscrite au programme de maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et suis présentement à l'étape de réalisation de mon projet de recherche, sous la direction de Monsieur Michel Perreault Ph.D. La présente vient solliciter la collaboration de votre établissement dans le cadre de mon projet de recherche dont le but est, comme vous avez pu vous en rendre compte à la lecture du résumé du projet, de comprendre comment le CII, comme instance politique, peut servir à faire valoir la reconnaissance de la contribution des infirmières dans le système de santé québécois et à favoriser des pratiques de gestion qui en tiennent compte.

Compte tenu que votre établissement, suite à un contact avec _____ (présidente du CII), a manifesté un intérêt à collaborer à la réalisation de cette recherche, la présente vient solliciter votre autorisation afin de:

- faire une première analyse documentaire en consultant les documents généraux de votre établissement tels que les diverses philosophies qui orientent et guident votre organisation;
- observer, de façon non participative, deux réunions publiques du Conseil d'administration de votre établissement ainsi que deux réunions du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers;
- consulter les correspondances écrites entre la direction et le CII, les procès-verbaux du Conseil d'administration et du Conseil des infirmières et infirmiers ainsi que tout document qui fait état de la contribution du CII aux prises de décisions dans le but de procéder à une analyse documentaire;
- rencontrer, en entrevue d'environ une heure, les acteurs clés qui gravitent autour du CII, soit le président du Conseil d'administration, le directeur général, le directeur des soins infirmiers, l'infirmière qui siège au Conseil d'administration, le président du

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, la présidente du Conseil multidisciplinaire et la présidente du Conseil des infirmières et infirmiers;

- utiliser les résultats de recherche afin de produire un mémoire de recherche dans le cadre du programme de maîtrise et un article scientifique pour publication;

et ceci, afin que les résultats de l'étude puissent aider les gestionnaires des établissements de santé à optimiser le potentiel des ressources des soins infirmiers.

Ainsi, dans le but de confirmer l'autorisation de votre établissement à collaborer activement à la réalisation de cette démarche, vous êtes invitée à signer ou à faire signer par la personne autorisée de votre établissement, le formulaire d'autorisation et de consentement ci-joint et à me le retourner par courrier au _____ ou bien encore de m'aviser au _____ afin que je puisse le récupérer dans les meilleurs délais.

Enfin, veuillez prendre note que l'étudiante chercheure détient un certificat d'éthique octroyé par l'Université de Montréal et que la confidentialité et l'anonymat seront respectés selon les règles en vigueur.

Je vous remercie chaleureusement de votre intérêt à participer à cette recherche qui permettra d'abord, de satisfaire les exigences des études de maîtrise que je poursuis mais surtout, à générer des connaissances qui sauront, je le souhaite, rehausser la qualité des soins et services de santé à la population en général.

N'hésitez pas à communiquer avec la soussignée si vous désirez de plus amples renseignements dans ce dossier.

Je vous prie de recevoir, madame, monsieur, l'expression de mes salutations les plus respectueuses.

Manon Dinel

FORMULAIRE D'AUTORISATION ET DE CONSENTEMENT

Je, soussigné(e), _____,
(nom en lettres moulées)

_____ ,
(fonction)

dûment mandaté(e) à signer pour et au nom de l'établissement

_____ ,
(nom de l'établissement)

- assure la collaboration des acteurs clés désignés de notre établissement dans le processus des entrevues tel que prévu dans la démarche. Les noms et les fonctions de ces personnes sont les suivants:

Nom	Fonction

- autorise ces personnes à participer, sur une base volontaire, à une entrevue d'une durée d'environ une heure chacune et à divulguer sous enregistrement audio à l'étudiante chercheuse, Manon Dinel, toute information orale et écrite pertinente permettant l'analyse critique de l'influence politique du CII dans la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers au système de santé québécois;
- autorise Manon Dinel à assister à titre d'observatrice non participative à deux réunions du CA et du CECII, après entente avec les personnes concernées, et y autorise la prise de notes;
- consent à ce que, suite à une validation préalable par votre établissement, Manon Dinel puisse consulter tout document tel que procès-verbaux du CA et CII, article, courrier, avis, recommandation, philosophie, règlement, protocole ou tout autre document jugé pertinent et en lien avec le but cette recherche;

- consent à ce que le directeur de recherche, Michel Perreault (Ph.D.), professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, ait accès aux données, en respectant les mesures de confidentialité, afin de guider l'étudiante-chercheure dans l'analyse critique et ainsi assurer la fidélité des résultats;
- consent à ce les résultats obtenus soient utilisés pour réaliser le mémoire et la publication d'un article scientifique;
- il est bien entendu qu'aucun nom ne sera utilisé et que l'anonymat sera assuré dans tous les écrits.

Signature : _____ Date : _____

Appendice B
Guide d'observation

GUIDE D'OBSERVATION

Il s'agit d'une observation directe non participative de deux réunions du CII et du CA. Les notes seront prises sur le vif, soit par mots-clés ou verbatim lors d'échanges significatifs. Des notes de terrain seront aussi apportées par l'étudiante chercheuse qui dégageront ses réflexions et ses questionnements. Celles-ci seront utiles pour l'analyse qui suivra cette observation. Les notes sur le vif seront retranscrites dans les plus brefs délais suivant l'observation afin de minimiser les oublis potentiels. Le but visé est d'abord de valider l'exactitude des propos recueillis lors des entrevues. Aussi, l'observation devrait mettre en lumière les jeux d'influence politique (verbaux et non verbaux) entre les acteurs qui gravitent autour des instances décisionnelles.

Analyse de la situation globale

L'environnement

- Le local
- La disposition des meubles
- L'éclairage
- Les ressources matérielles

Les alliances

- L'ordre d'arrivée
- Les échanges pré-réunion (lobbying)
- Les acteurs présents/absents
- Position des acteurs dans le local
- Atmosphère générale avant réunion
- La présence d'invités
- L'assistance --qui est présent
- Les appartenances --(les alliances --définition de V. Lemieux, 1994)
- Conflits/affinités
- Leadership formel et informel

La réunion

Déroulement

- Les documents
- L'animateur
- L'intervention des membres –qui prend la parole? Après qui?
- Les votes
- Sujets à l'ordre du jour

Le processus de prise de décision

- qui initie le processus?
- quelles questions sont posées afin de guider la prise décision?
- qui les pose?
- à quel moment?
- à qui sont adressées les questions?
- les réponses?
- qui répond?
- les données objectives/subjectives
- la compréhension
- la rationalisation
- les disparités

Les échanges en général

- la qualité des échanges
- capacité de se distancer de son appartenance professionnelle/administrative
- communication verbale –langage commun, réalité commune
- communication non verbale
- difficultés, paradoxes, contraintes
- la qualité des informations –la transmission, le contenu, le but visé
- le partage des idées/visions
- les silences

Appendice C
Renseignements aux participants à la recherche

RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS À LA RECHERCHE

Titre du projet de recherche:

L'influence politique du Conseil des infirmières et infirmiers dans la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers au système de santé québécois: une étude de cas.

Chercheure:

Manon Diné, inf. candidate à la maîtrise
Adresse: Mirabel
Numéro de téléphone:
Courriel:

Directeur de recherche:

Michel Perreault, Ph.D., Professeur titulaire
Faculté des Sciences infirmières
Université de Montréal
Pavillon Marguerite d'Youville
2375, chemin de la côte Ste-Catherine
Montréal, H3T 1A8
Numéro de téléphone:
Courriel:

But de l'étude:

Comprendre comment le CII, comme instance politique, peut servir à faire valoir la reconnaissance de la contribution des infirmières dans le système de santé québécois et à favoriser des pratiques de gestion qui en tiennent compte.

Modalités de participation à l'étude:

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez interviewé(e) par l'étudiante-chercheuse lors d'une entrevue d'une durée d'environ une heure. Les entrevues auront lieu à l'heure et à l'endroit qui vous conviendront. Les questions porteront sur l'instance formelle et légale que vous représentez au sein de cette organisation en lien avec le CII. Des entrevues sont prévues auprès de sept représentants de différentes instances. Votre participation est absolument volontaire. Vous pourrez vous retirer à tout moment de l'étude sans devoir justifier votre décision. Aussi, l'étudiante chercheuse s'engage à vous aviser de toute nouvelle information susceptible de vous faire reconsidérer votre participation à l'étude.

Si vous décidez de quitter l'étude, l'étudiante pourra utiliser les questions auxquelles vous aurez déjà répondu à moins d'en faire la requête orale ou écrite à l'étudiante chercheuse. Aussi, une copie de la retranscription de votre entrevue vous sera soumise pour validation et la justesse de vos propos. Vous pourrez avec entente avec l'étudiante chercheuse corriger toute information qui ne reflète pas vos paroles.

Les avantages:

Avec le contexte social et économique actuel, en plus de la pénurie d'infirmières qui va en s'accroissant, le système de santé est en crise. Les solutions devront venir de la base. Une meilleure utilisation des ressources semble être l'axe préconisé par les instances politiques. Pour ce faire, les professionnels et les gestionnaires en place doivent pouvoir faire reconnaître leur contribution afin d'être efficaces et efficaces et continuer à donner des soins et services de qualité. En participant à cette recherche, vous permettez d'en savoir plus sur l'efficacité d'une des instances du système de soins de santé, le CII. De plus, ceci pourrait faire surgir des réflexions sur les relations interprofessionnelles.

Incidents possibles:

Les risques sont reliés à la confidentialité qui sera difficile à respecter entre les personnes à l'intérieur de l'établissement.

Confidentialité:

Comme mentionné ci-haut, la confidentialité entre les personnes à l'intérieur de l'établissement sera difficile à assurer. Cependant, votre nom ne sera jamais utilisé, seulement votre fonction. L'anonymat sera toutefois respecté dans les écrits. Les informations recueillies seront strictement confidentielles, selon les limites prescrites par la loi. Seule l'étudiante chercheuse et le directeur de recherche, M. Michel Perreault, auront accès aux données brutes. Conformément aux règles d'éthiques en vigueur, les cassettes audio et les retranscriptions des entrevues seront gardées sous clé et conservées pour une période de cinq ans suivant l'obtention du diplôme. Les données seront détruites par la suite.

Questions sur l'étude:**Personne à contacter pour informations supplémentaires:**

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pouvez communiquer en tout temps avec:

Manon Dinel (étudiante chercheuse) ou M. Michel Perreault (directeur de recherche) (voir les coordonnées ci-haut).

Éthique:

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, M. Claude Beaulne, au Suite à cet entretien, si vous avez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-Josée Rivest, au

Appendice D

Formulaire de consentement pour les participants

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS

Titre de l'étude: L'influence politique du Conseil des infirmières et infirmiers dans la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers au système de santé québécois: une étude de cas.

Chercheur: Manon Dinel

Je, _____
(nom en lettres moulées du participant)

déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec Manon Dinel (étudiante chercheur) et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je comprends que je peux me retirer en tout temps et ce, sans préjudice.

Signature du participant: _____

Date: _____

Je, Manon Dinel (étudiante chercheur), déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à

(nom en lettre moulée du participant)

Signature de l'étudiante chercheur: _____

Date: _____

Appendice E
Guide d'entrevue

GUIDE D'ENTREVUE

L'accueil:

Clarifier à nouveau avec le répondant le but de l'entrevue et les mesures de confidentialité.

Revoir avec le répondant l'importance des informations qu'il s'apprête à partager et lui en expliquer la valeur.

Lui expliquer le déroulement de l'entrevue: lui dire qu'il peut poser des questions, qu'il peut mettre un terme à l'entrevue à tout moment, lui rappeler qu'il aura une copie de la transcription de l'entrevue dans les jours suivants l'entretien afin d'assurer la validité des données recueillies.

Obtenir le formulaire de consentement dûment signé qui accompagnait les feuilles explicatives du projet de recherche et qui ont été remises préalablement.

Les questions d'entrevue:

Titre d'emploi: _____ Depuis combien de temps? _____

Instance représentée: _____

Fonction: _____ Depuis combien de temps? _____

Quelle signification accordez-vous aux conseils professionnels? (CII, CM, CMDP)

Dans quelles circonstances, selon vous, doit-on impliquer les conseils professionnels dans les prises de décisions?

Parlez-moi des conditions facilitantes qui sont mises à votre disposition dans votre établissement afin de bien remplir le mandat de votre instance.

Quelles sont, selon vous, les conditions que vous jugez nécessaires à la réalisation du mandat de votre instance mais qui sont manquantes? (information à temps, ressources, etc.)

Quel est le soutien organisationnel dont bénéficie le CII? –aurait besoin?

Parlez-moi d'une situation où vous avez agi afin d'influencer une décision au regard d'un dossier significatif pour votre instance et plus spécifiquement des stratégies auxquelles vous avez eu recours pour influencer cette décision.

Selon vous, y a-t-il des circonstances où la collaboration avec vos partenaires est à privilégier? Pouvez-vous m'en parler?

Quelle est, selon vous, la perception de cet établissement de santé de l'influence de l'instance que vous représentez?

Quelle est, selon vous, la perception de cet établissement de santé de l'influence du CII?

Quelle est, selon vous, la perception de votre instance de l'influence du CII?

Selon vous, qui sont les partenaires qui pourraient être les plus aidants pour votre instance?

Pouvez-vous me parler d'une situation où vous avez fait appel au CII comme stratégie pour influencer une décision?

Pouvez-vous me parler d'une situation où l'avis ou une recommandation du CII a influencé une décision / une réalisation de votre organisation? (innovation, amélioration du rendement ou de la qualité des services, introduction d'un nouvel appareil, une nouvelle pratique clinique, etc.)

Avez-vous autre chose à ajouter qui pourrait venir enrichir cette recherche?

Fin de l'entrevue:

Remercier le répondant

Répondre à toute question qu'il pourrait avoir / ses réflexions sur son expérience, etc.

Convenir avec lui des dispositions afin qu'il puisse recevoir la copie de la transcription et clarifier tout questionnement à ce sujet avec lui.

Appendice F
Guide pour l'analyse documentaire

GUIDE POUR L'ANALYSE DOCUMENTAIRE

L'analyse documentaire va servir à opérationnaliser les deux variables suivantes:

1. l'influence politique
2. la reconnaissance (définition de Godbout, 1983)

Les avis et les-recommandations du CII vont servir de prémisses.

Pour chaque avis

- consulter la correspondance relative à la demande d'avis (qui, quand, pourquoi, délai)
- les documents qui font état de la démarche du CII pour cet avis (information, ressources, alliances, rencontre, etc.)
- les documents –correspondance, procès-verbaux, qui donne suite à l'avis

La correspondance:

- contexte de l'envoi
- expéditeur/destinataire
- vérifier le timing des avis/recommandations versus contexte administratif – politique de l'établissement (voir si demandé ou non, et si non, est-ce que le CII l'offre tout de même. Sinon cela pourrai être un indicateur pour une situation manquée)

Les avis/recommandations

- sujets
- destinataires (CC)
- accusés de réception

Impact des avis/recommandations

(indicateurs de reconnaissance selon Godbout)

- sont-ils remis aux membres du conseil / direction
- sont-ils mentionnés dans les réunions –procès-verbaux
- la réponse
- le suivi dans les documents –rapports, etc. (est-ce qu'on en tient compte ou pas)
- les effets à long terme