

Université de Montréal

Étude descriptive qualitative de l'exercice du leadership stratégique
de directions des soins infirmiers visant la qualité des soins
des établissements de santé en réforme au Québec

par Marcela Ferrada-Videla

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* en sciences infirmières
Option : Administration des services infirmiers

Janvier 2019

© Marcela Ferrada-Videla, 2019

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée
Étude descriptive qualitative de l'exercice du leadership stratégique
de directions des soins infirmiers visant la qualité des soins
des établissements de santé en réforme au Québec

présentée par Marcela Ferrada-Videla

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Chantal Cara, Ph. D., FAAN, Présidente-rapporteuse
Professeure titulaire. Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Éric Morissette, Représentant de la doyenne de la FESP
Professeur. Faculté des sciences de l'éducation
Département d'administration et fondements de l'éducation
Université de Montréal

Sylvie Dubois, Ph. D. Directrice de thèse
Professeure associée. Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Directrice nationale des soins et services infirmiers
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Jacinthe Pepin, Ph. D. Codirectrice de thèse
Professeure titulaire. Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Marie-Claire Richer, Ph. D. Membre du jury
Professeure adjointe. Ingram School of Nursing
Université McGill

Luc Mathieu, DBA. Examineur externe
Professeur. Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke
Président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

RÉSUMÉ

Introduction : L'exercice du leadership stratégique de directions des soins infirmiers (DIRSI), dans une visée de qualité des soins infirmiers dans des établissements de santé, demeure peu documenté malgré l'impact important des soins infirmiers sur la performance des organisations. Ce type de leadership réfère à la capacité de la directrice des soins infirmiers (DSI) et de son équipe, positionnées aux échelons supérieurs dans l'organisation, de travailler stratégiquement avec d'autres directions pour dispenser des soins de qualité, efficaces et efficients aux personnes et à leurs proches. **But de l'étude :** Décrire l'exercice du leadership stratégique de DIRSI dans une visée de qualité des soins infirmiers, dans des établissements de santé du Québec, en utilisant un cadre de référence basé sur des éléments tirés de deux modèles soit : *An Integrative Model of Strategic Leadership* (Boal et Hooijberg, 2000) et *Fitting Strategic Leadership Into the Strategic Framework* (Hambrick, 1989). **Méthodologie :** Une recherche qualitative descriptive a été réalisée auprès de cadres infirmiers supérieurs et intermédiaires des DIRSI du Québec. L'échantillon était composé de trente-cinq (N=35) participantes issues de 18 DIRSI des 34 établissements de santé et des services sociaux, soit une participation de 53 % des DIRSI du Québec. Trois groupes de discussion et 31 entrevues semi-structurées ont été réalisés. **Résultats :** Il appert que pour exercer un leadership stratégique, les DIRSI devraient : 1) s'approprier le positionnement stratégique pour influencer la qualité des soins infirmiers, 2) développer et communiquer une vision claire de la qualité des soins, 3) faire des choix stratégiques, systématiques et mesurés, axés sur la qualité des soins infirmiers pour guider la contribution, 4) recadrer les rôles pour augmenter l'influence à l'égard de la qualité des soins infirmiers, 5) être partie prenante des processus décisionnels stratégiques, 6) développer la capacité politique pour influencer la qualité des soins infirmiers

et 7) établir des alliances stratégiques et collaboratives axées sur la qualité des soins infirmiers. De plus, la crédibilité clinique et l'équipe formée aux cycles supérieurs et en nombre suffisant favorisent l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI. La culture organisationnelle et la taille de l'établissement contraignent l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI. Enfin, l'efficacité du leadership stratégique exercé par les DIRSI dépend de la capacité de celles-ci de trouver un juste équilibre dans la réalisation de la gouvernance des soins infirmiers (hiérarchique et transversale) en vue d'une contribution optimale à la qualité des soins infirmiers. **Conclusion** : Les résultats indiquent que l'exercice du leadership stratégique des DIRSI génère des zones d'influence qui permettent d'améliorer la contribution de celles-ci à la qualité des soins et même à la qualité globale des organisations. Les DIRSI pourront se référer à ces résultats pour continuer à développer des stratégies visant à améliorer la qualité des soins infirmiers dans des organisations en constante évolution et dont la complexité grandit.

Mots-clés : leadership stratégique, gestionnaire en soins infirmiers de haut niveau, capacités, direction des soins infirmiers, recherche qualitative descriptive, qualité des soins infirmiers

ABSTRACT

Background: In spite of the significant impact of nursing on the performance of health care organizations, the practice of chief nursing offices' strategic leadership oriented towards high quality of nursing care remains poorly documented. This type of leadership refers to the ability of the chief nursing officer and her team, positioned in the health care organization's higher levels, to work strategically with other executives so as to provide effective and efficient health care to patients and their relatives. **Aim of the study:** To describe the strategic leadership practice of chief nursing offices regarding the quality of nursing care in the health care organizations of Quebec. This is done using a frame of reference based on elements from two models: *An Integrative Model of Strategic Leadership* (Boal et Hooijberg, 2000) and *Fitting Strategic Leadership Into the Strategic Framework* (Hambrick, 1989). **Method:** A qualitative descriptive research was conducted among senior and middle managers of Quebec's chief nursing offices. The sample consisted of thirty-five (N=35) participants from 18 chief nursing offices out of the 34 health care organizations, corresponding to a participation of 53% of Quebec's chief nursing offices. Three focus groups as well as 31 semi-structured interviews were conducted. **Findings:** It appears that in order to practice strategic leadership, chief nursing offices should: 1) take ownership of their strategic positioning to influence the quality of nursing care, 2) develop and communicate a clear vision of quality nursing care, 3) make strategic, systematic and measured, choices focused on the quality of nursing care to guide the contribution, 4) reframe the roles to increase the influence regarding the quality of nursing care, 5) be involved in strategic decision-making process, 6) develop political capacity to influence the quality of nursing care and 7) establish strategic and

collaborative alliances focussed on the quality of nursing care. Moreover, the clinical credibility and a team comprising an adequate number of educated (graduate-level) people, promotes the strategic leadership practice of chief nursing offices. The culture and size of the organization are the organizational components that constrain the practice of chief nursing offices' strategic leadership. Finally, the efficiency of the strategic leadership practiced by the chief nursing offices depends on their ability to strike the right balance between hierarchical and transversal governance for an optimal contribution to the quality of nursing care. **Conclusion:** Results indicate that the practice of strategic leadership generates influential areas, allowing not only the improvement of the chief nursing offices' contribution to the quality of nursing care, but also to the overall quality of the organizations. Chief nursing offices can refer to these results in order to continue the development of strategies aimed at improving the quality of nursing care in constantly evolving organizations of increasing complexity.

Keywords: strategic leadership, executive-level nursing leaders, capacities, chief nurse offices, descriptive qualitative research, quality of nursing care

RESUMEN

Introducción: El ejercicio del liderazgo estratégico por parte de las direcciones de enfermería, centrado en la calidad de los cuidados de enfermería ha sido poco documentado, no obstante el impacto que este genera en la eficiencia global de los establecimientos de salud. Este tipo de liderazgo se refiere a la capacidad de la directora de enfermería y de su equipo, ubicados en los altos mandos de la organización, de trabajar estratégicamente con otras direcciones para garantizar una prestación de cuidados de enfermería, de calidad, eficientes y eficaces a la persona y a su entorno. **Objetivo:** Describir el ejercicio del liderazgo estratégico de las direcciones de enfermería, centrado en la calidad de los cuidados de enfermería, en los establecimientos de salud de Quebec, utilizando algunos elementos de dos modelos: *An Integrative Model of Strategic Leadership* (Boal et Hooijberg, 2000) y *Fitting Strategic Leadership Into the Strategic Framework* (Hambrick, 1989). **Método:** Estudio cualitativo de tipo descriptivo realizado con enfermeras administrativas de nivel superior e intermedio, de las direcciones de enfermería del Quebec. La muestra ha sido constituida por treinta y cinco (N=35) participantes provenientes de 18 de los 34 establecimientos de salud lo que representa el 53 % de las direcciones de enfermería del Quebec. Tres grupos de discusión y 31 entrevistas semi-estructuradas fueron realizados. **Resultados:** Se constata que para ejercer liderazgo estratégico, las direcciones de enfermería deberían: 1) apoderarse el posicionamiento estratégico para influenciar la calidad del cuidado de enfermería, 2) desarrollar y comunicar una visión clara de la calidad del cuidado de enfermería, 3) tomar opciones estratégicas, sistemáticas y medibles, centradas en la calidad del cuidado de enfermería, 4) alinear los roles para aumentar la influencia en la calidad del cuidado de enfermería, 5) desarrollar la capacidad

política para influenciar la calidad del cuidado de enfermería, 6) ser parte integrante de los procesos decisionales estratégicos y 7) establecer alianzas estratégicas y colaborativas enfocadas en la calidad del cuidado de enfermería. Además, se constata que la credibilidad clínica y el equipo formado con estudios universitarios de nivel superior y en número suficiente favorecen el ejercicio de liderazgo estratégico de las direcciones de enfermería. Por otra parte, la cultura organizacional y el tamaño del establecimiento obstaculizan el ejercicio de liderazgo estratégico de las direcciones de enfermería. Finalmente, la eficacia de liderazgo estratégico de las direcciones de enfermería depende de su capacidad para ejercer una gobernanza de enfermería equilibrada (jerárquica y transversal) contribuyendo de manera óptima a la calidad de los cuidados de enfermería. **Conclusión:** los resultados indican que el ejercicio de liderazgo estratégico por parte de las direcciones de enfermería genera zonas de influencia permitiéndoles mejorar su contribución a la calidad de los cuidados de enfermería e incluso la gestión de la calidad total de las organizaciones de salud. Las direcciones de enfermería podrán referirse a estos resultados para continuar desarrollando estrategias enfocadas en la mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería en organizaciones que están en constantes cambios cada día más complejos.

Palabras clave: liderazgo estratégico, enfermera de alto nivel administrativo, capacidades, dirección de enfermería, investigación cualitativa descriptiva, calidad de los cuidados de enfermería

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
ABSTRACT	iv
RESUMEN	vi
TABLE DES MATIÈRES.....	viii
LISTE DES FIGURES	xiii
LISTE DES TABLEAUX.....	xiv
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xv
REMERCIEMENTS	xvii
INTRODUCTION.....	3
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	2
But de la recherche	10
Questions de recherche.....	11
Retombées pour le développement des connaissances en sciences infirmières	11
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS.....	14
Contexte de la réforme du réseau québécois de la santé	15
Historique de la fonction de la DIRSI et du mandat législatif de la DSI	19
Qualité des soins.....	23
Leadership stratégique : définition et exercice.....	25
Recherches portant sur le leadership stratégique en sciences infirmières.....	29
Vision	31

Processus décisionnels	32
Changement et innovation.....	36
Compétences.....	38
Cadre de référence.....	42
Modèle intégratif du leadership stratégique	43
Capacité d'intégration.	45
Capacité d'adaptation.	47
Capacité de gestion.....	49
Cadre stratégique du leadership.....	51
Schématisation des éléments guidant l'étude doctorale	53
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE	56
Positionnement épistémologique.....	57
Devis de recherche	59
Sélection des milieux.....	60
Recrutement des participantes.....	60
Échantillon.....	61
Déroulement de l'étude	62
Collecte des données	65
Groupe de discussion.....	66
Entrevue individuelle semi-structurée.....	69
Analyse documentaire	71
Journal de bord	72

Analyse des données.....	72
Étape de préanalyse	73
Codification	73
Catégorisation.....	77
Mise en relation et arborisation	78
Critères de scientificité	78
Considérations éthiques.....	80
CHAPITRE 4 RÉSULTATS.....	82
Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	83
Synthèse des résultats	86
Présentation détaillée des résultats	88
Capacité d'intégration	89
Thème 1. S'approprier le positionnement stratégique pour influencer la qualité des soins infirmiers	89
Thème 2 : Développer et communiquer une vision claire de la qualité des soins infirmiers.....	96
Thème 3 : Faire des choix stratégiques systématiques et mesurés axés sur la qualité des soins infirmiers pour guider la contribution	100
Capacité d'adaptation	107
Thème 4 : Recadrer les rôles pour augmenter l'influence à l'égard de la qualité des soins infirmiers	108
Thème 5 : Être partie prenante des processus décisionnels stratégiques.....	117

Thème 6 : Développer la capacité politique pour influencer la qualité des soins infirmiers.....	121
Capacité de gestion.....	126
Thème 7 : Établir des alliances stratégiques et collaboratives axées sur la qualité des soins infirmiers	126
Composantes professionnelles et organisationnelles.....	136
Composantes professionnelles.....	136
Composantes organisationnelles	138
Perception d’efficacité du leadership stratégique par des DIRSI.....	141
CHAPITRE 5 DISCUSSION	146
Description de l’exercice du leadership stratégique des DIRSI	147
Première question de recherche.....	147
Deuxième question de recherche.....	163
Composantes professionnelles.....	163
Composantes organisationnelles	167
Troisième question de recherche.....	168
Considérations méthodologiques de l’étude.....	170
Limites de l’étude	172
Contribution au développement des connaissances en sciences infirmières.....	173
Retombées	174
Gestion.....	174
Pratique.....	176

Formation	177
Recherche	180
Dimension politique	181
Conclusion.....	184
Références	186
Annexe A. Certificat d'éthique de la recherche en santé (CERES)	xxi
Annexe B. Lettre pour solliciter la participation au projet de recherche.....	xxiii
Annexe D. Formulaire sociodémographique.....	xxxii
Annexe E. Guide d'entrevue - Groupes de discussion.....	xxxiv
Annexe F. Guide d'entrevue individuelle	xxxvii
Annexe G. Analyse des documents organisationnels de DIRSI.....	xl
Annexe H. Schéma d'influence de la DIRSI dans les processus décisionnels.....	xlii
Annexe I. Diagramme de participation dans les processus décisionnels	xliv
Annexe J. Organigramme d'un CISSS.....	xlvi
Annexe K. Organigramme d'un CIUSSS.....	xlviii

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Organisation du réseau de la santé au Québec en 2003.....	16
Figure 2. Organisation du réseau de la santé au Québec en 2015.....	18
Figure 3. Modèle intégratif de leadership stratégique	45
Figure 4. Cadre stratégique du leadership.....	52
Figure 5. Schématisation des éléments guidant l'étude doctorale	53
Figure 6. Leadership stratégique de DIRSI dans une visée de qualité des soins infirmiers	88
Figure 7. Positionnement stratégique contextualisé de la DIRSI	90
Figure 8. Vision de la qualité des soins infirmiers de DIRSI	96
Figure 9. Choix stratégiques de la DIRSI	101
Figure 10. Recadrage des rôles à travers les responsabilités de la DIRSI	108
Figure 11. Participation dans les processus décisionnels.....	117
Figure 12. Développement de la capacité politique de la DIRSI.....	122
Figure 13. Alliances stratégiques et collaboratives de la DIRSI	127

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Nombre total de participantes	62
Tableau 2. Nombre de participantes aux groupes de discussion	68
Tableau 3. Nombre de participantes aux entrevues semi-structurées	71
Tableau 4. Structure de fonctionnement pour l'analyse thématique.....	74
Tableau 5. Exemple de processus décisionnels	75
Tableau 6. Exemples de regroupements thématiques.....	77
Tableau 7. Données sociodémographiques des participantes à l'étude	85

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CA	Conseil d'administration
CCSI	Conseillère-cadre en soins infirmiers
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CECII	Conseil exécutif des infirmières et infirmiers
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
DASI-OP	Directrice adjointe des soins infirmiers-opérations
DASI-PP	Directrice adjointe des soins infirmiers-pratiques professionnelles
DF	Direction des finances
DG	Directeur général
DGA	Directeur général adjoint
DIRSI	Direction des soins infirmiers
DSI	Directrice des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
IU	Institut universitaire
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
RLSSS	Réseaux locaux de santé et de services sociaux
RTS	Réseau territorial de services

*À René et Leontina, mes parents,
berceaux de mon âme et modèles incomparables
de courage, d'engagement social et de militantisme.*

*À **Martin, Marcial et Samuel**, mes enfants,
colonne vertébrale de ma vie.*

*Et à toi Sylvain,
port d'attache de mon cœur*

REMERCIEMENTS

Je remercie les participantes, leaders stratégiques de directions des soins infirmiers du Québec. Vous avez partagé avec moi vos opinions, vos idées et vos expériences sur l'exercice du leadership stratégique de DIRSI contribuant ainsi à la réalisation de cette thèse. Permettez-moi de vous exprimer ma plus grande reconnaissance et gratitude pour votre participation en ces temps de grands changements.

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de thèse, Mme Sylvie Dubois et à ma codirectrice de thèse Mme Jacinthe Pepin. Je me sens privilégiée et honorée d'avoir été supervisée par ces deux professeures passionnées, à la pensée visionnaire et stratégique. Elles m'ont guidée avec rigueur scientifique, patience, détermination et empathie tout au long de la réalisation de cette thèse. Je vous serai toujours extrêmement reconnaissante de la confiance que vous m'avez témoignée et le dévouement avec lequel vous m'avez dirigée.

Je tiens à remercier les membres de mon comité d'approbation scientifique, M. Carl-Ardy Dubois (Université de Montréal) et Mme Marie-Claire Richer (Université McGill) pour leurs suggestions et commentaires contribuant à améliorer mon protocole de recherche. Également, je remercie les membres du jury de cette thèse, Mme Chantal Cara, présidente-rapporteuse (Université de Montréal), Mme Marie-Claire Richer, membre du jury (Université McGill), M. Luc Mathieu, examinateur externe (Université de Sherbrooke et président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), Mme Sylvie Dubois, directrice de thèse et Mme Jacinthe Pepin, codirectrice de thèse.

Je dis un grand merci à mes collègues et amis Caroline Longpré et Philippe Delmas pour leur disponibilité et leur écoute chaque fois que l'aventure doctorale devenait plus

difficile à vivre. Un immense merci à Nathalie Folch pour sa confiance, sa générosité et son soutien indéfectible. Un merci particulier à Damien Contandriopoulos, Jean Guindon et à feu Michel Perreault pour leur important soutien à différents moments de mon parcours académique. Un merci chaleureux également à tous les collègues du réseau de la santé avec qui j'ai travaillé tout au long de mon parcours professionnel.

Je tiens à remercier l'Association étudiante des cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, pour leur soutien et leur contribution financière me permettant ainsi de mener à terme cette thèse.

Sur le plan personnel, je dédie ma thèse à la mémoire de mes parents Leontina et René qui, en décidant de quitter notre pays le Chili lors de la dictature militaire, se sont assurés d'offrir à leur plus jeune fille, un accès à l'éducation. Vous m'avez insufflé la force essentielle dont j'avais besoin pour écrire chaque mot et chaque phrase de cette thèse. Je la dédie également à mes trois enfants **Martin, Marcial et Samuel** qui sont ma plus grande source de motivation, ma plus grande force et ma plus grande fierté. Et, je la dédie également à ma sœur Maritza, celle qui me protège avec son amour et à Soraya Martinez Ferrada, ma petite sœur *con quien todo nos une*.

Un immense merci à ma famille : René, Totita, Juan-Antonio, Angela, Betty, Manuel, Alfonso, Alfoncito, Amira, Keyla, Ianko, Milenka, Ricardo, Leonardo, Marie-Eve, Vanessa. Un merci spécial à ma sœur Beatriz et à Sylvain pour leur précieuse aide à la mise en page de ce document. Un merci particulier à mon filleul Eric Muñoz-Ferrada et à Théo Lafrenière,

deux jeunes utilisateurs des services de réadaptation qui m'ont donné une raison personnelle de réaliser cette thèse. Merci à mes fidèles amis Monica Riutort, Hamado Zoungrana, Francine Comtois et Maria Angelica Rosales. Une pensée pour mon amie d'enfance Carmen Gutierrez Soto. Je tiens à remercier de façon spéciale madame Thérèse Jacob, ma première enseignante en classe d'accueil de français qui m'a toujours soutenue tout au long de mes études. Merci pour votre précieuse contribution à la révision linguistique de la thèse de votre ancienne élève. Merci également à Gabriel Villeneuve pour le soutien logistique.

Enfin, je remercie celui qui m'a accompagnée avec patience, tendresse et amour, mi *compañero* Sylvain Langlois. Tu m'as aidée à accomplir ce projet personnel si exigeant qui m'apporte cette liberté que je chéris si profondément : la liberté de penser, de parler, d'agir et de devenir.

« *Mira más allá del horizonte* » (René Ferrada Umaña)

INTRODUCTION

Ce document présente une thèse doctorale en sciences infirmières, option administration des services infirmiers réalisée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Cette thèse a comme principale préoccupation la description de l'exercice du leadership stratégique de directions des soins infirmiers dans une visée de qualité des soins dans un contexte de réforme des établissements de santé du Québec. Cet intérêt est motivé par l'expérience de l'étudiante-chercheuse comme infirmière ayant exercé des fonctions de cadre infirmier - supérieur et intermédiaire - au sein des directions des soins infirmiers au Québec.

Cette thèse est organisée selon le mode de présentation classique; elle comprend cinq chapitres soit : la présentation de la problématique avec le but et les questions de recherche, la recension des écrits, la méthode choisie, la présentation des résultats, la discussion générale incluant les principales retombées générées par la recherche et la conclusion. Les références et les annexes sont présentées à la fin de la thèse.

L'étudiante-chercheuse souhaite que cette thèse puisse contribuer à susciter des pistes de réflexion, des échanges et des actions pouvant rendre plus visible la contribution des directions des soins infirmiers du Québec à la qualité des soins à la personne et à ses proches.

CHAPITRE 1
PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Depuis les dernières décennies, les pays industrialisés ont mis en œuvre d'importantes transformations de leurs systèmes de santé pour améliorer la santé des populations et répondre aux exigences du contexte socio-économique actuel (Boyal et Hewison, 2016; Jeffs et al., 2019). Au Québec, les transformations récentes découlant de la « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales » (LMRSSS) apportent des modifications à l'organisation et à la gouvernance des établissements de santé (MSSS, 2015). De ce fait, depuis 2015, l'organisation des soins et des services a été confiée aux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), aux Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), aux établissements non fusionnés comprenant des Centres hospitaliers universitaires (CHU) et des instituts universitaires (IU) et aux établissements publics desservant une population nordique et autochtone. Au Québec, les CISSS et les CIUSSS font partie d'un réseau territorial de services (RTS). Ils sont responsables d'assurer l'accessibilité aux services, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services, de maîtriser les coûts de façon efficiente et efficace, et de maximiser la performance organisationnelle (MSSS, 2017).

La réforme du système de santé québécois amène des transformations dans la structure et les fonctions des directions des soins infirmiers (DIRSI¹). Au Québec, depuis l'implantation de la LMRSSS, les directrices² des soins infirmiers (DSI) des 34 établissements de santé et de services sociaux sont désormais responsables de la gouverne des soins infirmiers. Dorénavant, la DSI d'une DIRSI assume des fonctions hiérarchiques en lien avec la gestion des soins et des

¹ Dans le cadre de cette recherche, le sigle DIRSI est utilisé pour désigner la direction des soins infirmiers tenant compte que le sigle DSI désigne la directrice des soins infirmiers.

² Dans le présent document, le genre féminin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

services dans les établissements de santé et des fonctions transversales au regard des pratiques professionnelles, pour l'ensemble de l'organisation (MSSS, 2015). De façon générale, la DSI est soutenue dans la réalisation de ses fonctions par deux directrices adjointes soit une DSI adjointe dédiée à la gestion des opérations cliniques (soutenue par son équipe de gestionnaires des unités de soins) et une DSI adjointe, dédiée au développement des pratiques professionnelles (soutenue par son équipe de conseillères-cadres en pratique avancée).

Le mandat de la DSI, inscrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), demeure inchangé. À cet effet, la LSSSS au Québec rend obligatoire la nomination d'une DSI dans une instance locale ou dans tout établissement qui exploite un centre hospitalier (CH). Cette directrice doit être infirmière de formation et exercer son mandat sous l'autorité du président-directeur général (PDG) de l'établissement (MSSS, 2018). Ce mandat dévolu à la DSI comprend : 1) la surveillance et le contrôle de la qualité des soins infirmiers, 2) l'élaboration des outils cliniques (p. ex. : les règles de soins infirmiers), 3) le fonctionnement du Conseil des infirmières et infirmiers (CII), 4) la distribution appropriée des soins infirmiers, 5) la planification, la coordination et l'évaluation des soins infirmiers et 6) la gestion des ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne (MSSS, 2018). Outre ce mandat, la DSI contribue également à l'atteinte des objectifs cliniques, professionnels et organisationnels parce qu'elle : 1) occupe une position stratégique au sein des établissements de santé, 2) possède l'expertise clinique et professionnelle permettant d'optimiser les processus de soins et 3) contribue à implanter les meilleures pratiques cliniques issues des résultats probants (Awogni, Fortin et Rondeau, 2015; Hendrich et al.,

2012; Hughes, Carryer et White, 2015; OIIQ, 2014; Spiers, Lo, Hofmeyer et Cummings, 2016).

La réalisation du mandat de la DSI soutenue par son équipe, dans un contexte de réforme majeure orienté vers l'amélioration de la performance organisationnelle, requiert l'exercice d'un leadership de type stratégique (Boal et Hooijberg, 2000; Hambrick, 1989), car ce leadership est un catalyseur essentiel d'amélioration de la qualité des soins infirmiers (Wilmoth et Shapiro, 2014) et du développement des organisations hautement complexes (Carter et Greer, 2013; Davies et Davies, 2005; Yukl, 2008). Dans leur modèle *An Integrative Model of Strategic Leadership*, Boal et Hooijberg (2000), s'inspirant de Ireland et Hitt (2005) réfèrent au leadership stratégique comme la capacité d'une personne à anticiper, envisager, penser stratégiquement et travailler avec d'autres personnes pour initier des changements pouvant influencer la performance organisationnelle. Cette dernière peut se définir comme la capacité d'une organisation de satisfaire les objectifs qu'elle se fixe dans le cadre de sa mission (Mazouz et Leclerc, 2011).

L'exercice du leadership stratégique s'avère une condition *sine qua non* pour la DIRSI, notamment à cause de l'impact majeur que les soins infirmiers ont sur les résultats de santé de la personne soignée (Castle et Decker, 2011; Castle, Furnier, Ferguson-Rome, Olson et Johns-Artisensi, 2015; Hughes et al., 2015; Kaplan et al., 2010; Wong, Cummings et Ducharme, 2013; Wong, Laschinger, Cummings, Vincent et O'Connor, 2010) et sur la performance organisationnelle (Bradley, 2014; Burkman, Sellers, Rowder et Batcheller, 2012; Hader, 2011; Hughes et al., 2015; Kerfoot et Luquire, 2012; Siegel, Young, Leo et Santillan, 2012; Weiss et Pettker, 2015; Wilmoth et Shapiro, 2014). En effet, de par sa position stratégique dans un

établissement, la DIRSI intervient à différents paliers contribuant notamment à la réduction des coûts globaux des soins (Arnold et al., 2006; George et Lovering, 2013; Goetz, Janney et Ramsey, 2011; Meadows, 2016; OIIQ, 2014; Siegel, Young, Zysberg et Santillan, 2014; White, 2012; Wilmoth et Shapiro, 2014), étant donné que 80% de l'offre de services des établissements de santé est dispensée par le personnel infirmier (OIIQ, 2014). Or, certains auteurs affirment que : 1) les responsabilités attribuées à la DSI ont été accomplies jusqu'ici de façon variable, à cause d'une légitimité souvent mal reconnue au sein des établissements (Fortin, Rondeau, Ménard et Tremblay, 2015) et 2) le manque de clarté en regard des rôles et des responsabilités associés aux cadres infirmiers occupant des postes de direction limite la compréhension de la fonction (Crawford, Omery et Spicer, 2017). De ces faits, la capacité de la DIRSI d'exercer pleinement son leadership stratégique dans une visée de qualité des soins infirmiers au sein des établissements de santé apparaît limitée.

En outre, à la lumière du modèle de Boal et Hooijberg (2000), le leadership stratégique de la DIRSI s'exercerait, entre autres, par certaines composantes structurantes soit : l'élaboration d'une vision des soins infirmiers, la capacité d'innovation et de changement, la participation à la prise de décisions et le développement des compétences. Ces différentes composantes sont reprises dans les écrits en sciences infirmières et sont présentées dans les paragraphes suivants.

Premièrement, plusieurs auteurs en sciences infirmières (Batcheller, 2011; Burkman et al., 2012; Disch, Dreher, Davidson, Sinioris et Wainio, 2011; George et Lovering, 2013; Jeffs et al., 2019; Kerfoot et Luquire, 2012; Lewis, Shanahan et Andrus, 2014; McCausland, 2012; Rich et Porter-O'Grady, 2011; Wilmoth et Shapiro, 2014) soulignent l'importance de la vision

des soins infirmiers qui doit être alignée sur une pratique infirmière unifiée, investie de valeurs professionnelles et organisationnelles, centrée sur les besoins de santé et de soins de la personne et de ses proches. La vision peut servir de levier à l'implantation et à l'alignement des différents changements, nécessaires à la transformation organisationnelle (Hernandez, Conrad, Marcus-Smith, Reed et Watts, 2013; Rudisill et Thompson, 2012; Weiss et Pettker, 2015; Wilmoth et Shapiro, 2014). Or, les résultats de la recherche qualitative réalisée par Martin, McCormack, Fitzsimons et Spirig (2014), suggèrent que le manque de temps et le cumul des responsabilités sont les facteurs organisationnels qui contraignent le plus la capacité de la DIRSI à élaborer et à communiquer sa vision des soins infirmiers dans l'organisation.

Deuxièmement, certains auteurs (Burkman et al., 2012; Jeffs et al., 2019; Kerfoot et Luquire, 2012; Kramer, Schmalenberg et Maguire, 2010; Lewis et al., 2014; Weiss et Pettker, 2015; White, 2012) soulignent que la DIRSI a l'expertise nécessaire pour : 1) optimiser les processus cliniques favorisant des continuums de soins fluides et coordonnés (Burkman et al., 2012; Kerfoot et Luquire, 2012; Lewis et al., 2014; Meadows, 2016), 2) partager et mobiliser des connaissances afin d'assurer l'efficacité de la prestation des services (Burkman et al., 2012; Jeffs et al., 2019; Weiss et Pettker, 2015), 3) orienter et mobiliser les équipes de soins afin qu'elles puissent s'engager dans les processus de changement visant ainsi la diminution de la résistance au changement et la promotion de meilleurs soins (Disch et al., 2011; Fleming et Kayser-Jones, 2008; Martin et al., 2014; Rudisill et Thompson, 2012; Weiss et Pettker, 2015) et 4) utiliser des résultats probants dans le but de guider et d'éclairer la prise de décision clinique et organisationnelle (George et Lovering, 2013; Spiers et al., 2016). Toutefois, il appert que la participation de la DIRSI dans les processus décisionnels au niveau stratégique

ne reflète pas son réel potentiel (Hughes et al., 2015; Siegel, Mueller, Anderson et Dellefield, 2010; Siegel et al., 2012) et que peu de recherches ont porté sur sa contribution relativement aux processus de changement organisationnel (Boyal et Hewison, 2016; Crossan, 2003).

En outre, il importe de préciser que les programmes de formation de premier et de deuxième cycles universitaires en sciences infirmières se concentrent particulièrement sur le développement des compétences du leadership clinique et du leadership professionnel (Aroian, Patsdaughter et Wyszynski, 2000; Castle et al., 2015; Meadows, 2016; Pepin, Larue, Allard et Ha, 2015). Par ailleurs, l'exercice du leadership de la DIRSI requiert le développement des compétences et d'habiletés managériales et stratégiques (Arnold et al., 2006; Donley, 2005; Goetz et al., 2011; Hughes et al., 2015; Jasper et Crossan, 2012; Kirk, 2008, 2009; McCausland, 2012; Meadows, 2016; Sanford et Janney, 2019; Spicer et al., 2011). À cet effet, certains auteurs en sciences infirmières (Siegel et al., 2010; Wilmoth et Shapiro, 2014) soutiennent que la DSI ne serait que peu ou pas préparée à exercer des responsabilités de niveau stratégique. Par conséquent, la DSI, en tant que leader parmi les leaders, devrait avoir une formation de cycles supérieurs, soit être titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières ou d'un doctorat (Barry et Winter, 2015; Crawford et al., 2017; Hader, 2011; Prado-Inzerillo, Clavelle et Fitzpatrick, 2018) lui permettant d'assumer pleinement la gouvernance des soins infirmiers dans des organisations de santé de plus en plus complexes (Barry et Winter, 2015; Castle et al., 2015; Fleming et Kayser-Jones, 2008; Hader, 2011; Wilmoth et Shapiro, 2014). Or, il y a peu de résultats probants quant aux meilleures pratiques en regard de la formation et des qualifications requises pour préparer les infirmières à occuper une fonction de direction (Siegel et al., 2012).

Finalement, au-delà des composantes structurantes du leadership stratégique, la DSI a besoin d'une équipe (Fleming et Kayser-Jones, 2008; OIIQ, 2014; Olson et Zwygart-Stauffacher, 2008; Osborne, 2014a, 2014b; Siegel et al., 2012; White, 2012) et d'une structure organisationnelle pour diriger et gérer les soins et les services infirmiers, autant dans les aspects clinique, professionnel, qu'organisationnel (OIIQ, 2014; White, 2012). Or, si les initiatives stratégiques de la DSI, et de son équipe, ne sont pas alignées avec les objectifs organisationnels, elle risque de ne recevoir ni le soutien, ni les ressources nécessaires pour assumer ses responsabilités (Kingston, 2013).

En somme, certains auteurs (Disch et al., 2011; Wilmoth et Shapiro, 2014) mentionnent l'impérieuse nécessité de comprendre l'exercice du leadership stratégique notamment dans des postes de direction en soins infirmiers. De même, au Québec, les travaux réalisés par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) sur la gouvernance des soins infirmiers (OIIQ, 2014), réaffirment l'importance stratégique de la DIRSI dans le contexte québécois actuel de la réforme de santé. À cet égard, la mise en place d'une nouvelle gouvernance, hiérarchique et transversale des soins infirmiers et la complexité des organisations impliquent de revoir les rôles et les responsabilités de la DIRSI afin que ses actions contribuent au maintien et à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers (Fortin et al., 2015) et de la performance organisationnelle. Selon quelques auteurs (Hader, 2011; Herman, Gish et Rosenblum, 2015), il y a peu d'études empiriques publiées sur la portée et les standards liés au positionnement stratégique de la DIRSI. Ainsi, mieux comprendre comment la DIRSI apprend à s'intégrer dans son environnement organisationnel, adapte ses rôles à son réseau de relations et gère son environnement social permettrait de saisir son réel pouvoir d'influence à améliorer la qualité

des soins infirmiers et la performance organisationnelle dans des organisations en transformation.

Dans ce contexte, la présente étude propose de décrire l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI, à partir d'un cadre de référence qui s'appuie sur certains éléments tirés du modèle de Boal et Hooijberg (2000) et de celui de Hambrick (1989), dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé québécois. Ce cadre permet de décrire les composantes structurantes utilisées par la DIRSI pour exercer son influence dans les plus hauts paliers de gestion stratégique en matière de qualité des soins infirmiers dans l'organisation. La qualité des soins réfère au maintien et à l'amélioration continue des soins et des services afin de répondre aux besoins du client et des différentes parties prenantes tout en considérant les divers environnements (p. ex. : politique, social, économique et technologique) pouvant exercer une influence sur l'efficacité organisationnelle (Boal et Hooijberg, 2000) et sur la contribution à l'amélioration de la performance des organisations (Hambrick, 1989).

À notre connaissance, selon les écrits et notre expérience professionnelle du milieu clinique, cette présente recherche portant sur l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI est la première réalisée au Québec, d'où son aspect novateur.

But de la recherche

Le but de ce projet de recherche doctorale vise à décrire l'exercice du leadership stratégique de DIRSI dans une visée de qualité des soins infirmiers, dans des établissements de santé du Québec.

Questions de recherche

1. Comment des DIRSI décrivent-elles l'exercice de leur leadership stratégique à partir des capacités d'intégration, d'adaptation et de gestion, dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec?
2. Quelles composantes professionnelles et organisationnelles, selon des DIRSI, favorisent ou contraignent leurs capacités à exercer un leadership stratégique, dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec?
3. Quelle est la perception des DIRSI quant à l'efficacité du leadership stratégique sur la qualité des soins dans des établissements de santé du Québec?

La prochaine section explicite les retombées de l'étude pour le développement des connaissances en sciences infirmières.

Retombées pour le développement des connaissances en sciences infirmières

Nous croyons que cette recherche représente une opportunité pour le développement des connaissances théoriques et empiriques en sciences infirmières en regard de l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI, dans une visée d'amélioration de la qualité des soins infirmiers. Ces connaissances, développées selon une perspective infirmière, serviront à guider les cinq domaines de la discipline que sont : la pratique, la formation, la recherche, la gestion et la dimension politique (Pepin, Ducharme et Kérouac, 2017).

Au niveau de la pratique infirmière, à l'instar de Pepin et al. (2017) ces connaissances pourraient être utilisées par les DIRSI pour renforcer leur contribution à l'amélioration de la

qualité des soins infirmiers et à influencer la performance des organisations en matière des soins de santé aux personnes, aux familles, aux communautés et aux populations.

Au niveau de la formation, cette recherche apportera aussi, nous le souhaitons, un éclairage quant aux compétences à développer dans les cursus de formation académique aux cycles supérieurs pour préparer la relève des gestionnaires en soins infirmiers (Crawford et al., 2017; Hughes et al., 2015; Wong et al., 2010), qui auront à œuvrer au sein des environnements et des structures organisationnelles complexes du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Au niveau de la recherche, l'utilisation d'un cadre de référence qui s'appuie sur certains éléments tirés de deux modèles, soit *An Integrative Model of Strategic Leadership* (Boal et Hooijberg, 2000) et *Fitting Strategic Leadership Into The Strategic Framework* (Hambrick, 1989), permettra le développement de connaissances empiriques sur le leadership stratégique selon une perspective infirmière. Ainsi, ce cadre permettra de décrire les trois capacités essentielles associées au leadership stratégique de DIRSI ainsi que d'identifier les composantes professionnelles et organisationnelles susceptibles de favoriser ou de contraindre le leadership stratégique de DIRSI dans des organisations en transformation.

Au niveau de la gestion, cette recherche pourrait permettre d'améliorer les connaissances de la DIRSI quant à l'étendue des fonctions qu'elle exerce au sein des organisations qui sont dans un contexte de grande transformation (Crawford et al., 2017). À cet effet, il est à noter qu'une meilleure compréhension des composantes favorisant et contraignant l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI, semble être importante pour une gestion efficace, tant des services que des pratiques professionnelles (Hughes et al., 2015;

Kaplan et al., 2010) au regard de la qualité des soins infirmiers. Selon l'étude de Wong et al. (2010), l'exercice d'un leadership solide est requis pour créer une culture de sécurité, de même que des environnements sains, afin de promouvoir la sécurité des patients, l'excellence des soins ainsi que le recrutement et la rétention du personnel infirmier. De plus, cette recherche permettra de documenter la capacité stratégique de la DIRSI, de rendre visible la contribution des soins infirmiers à l'organisation et à la performance générale des soins et des services (Awogni et al., 2015; Hughes et al., 2015).

Finalement, cette recherche sur le leadership stratégique contribuera à décrire la dimension politique exercée par les DIRSI dans les établissements de santé au Québec. Une meilleure compréhension des retombées anticipées des connaissances qui seront développées dans ce domaine est à prévoir. Selon Pepin et al. (2017), la DIRSI dispose de connaissances et de données qui ont le potentiel de façonner, à divers paliers d'influence, les décisions politiques relatives au système de santé. Par ailleurs, les connaissances générées par cette recherche pourraient également permettre une meilleure compréhension du milieu plus socio-politique et des champs d'influence des DIRSI.

Le prochain chapitre portera sur la revue des écrits appuyant la présente étude.

CHAPITRE 2
RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente la recension des écrits ainsi que le cadre de référence retenu pour cette étude doctorale. La recension des écrits porte sur : 1) le contexte de la réforme du réseau québécois de la santé, 2) l'historique de la fonction de la DIRSI et le mandat législatif de la DSI, 3) la qualité des soins, 4) le leadership stratégique, sa définition et son exercice, 5) les recherches en sciences infirmières examinant certaines composantes structurantes du modèle du leadership stratégique de Boal et Hooijberg (2000) et 6) la description du cadre de référence qui guide la présente étude.

Contexte de la réforme du réseau québécois de la santé

Au cours des 30 dernières années, le système sociosanitaire public du Québec a connu plusieurs transformations qui ont emprunté diverses orientations dictées par des priorités sociales, économiques et politiques, variant selon les époques (Dussault et Dubois, 2003). Deux grandes réorganisations ont été réalisées dans les quinze dernières années. En 2003, le gouvernement du Québec réorganise le réseau de la santé avec l'implantation de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS). En 2015, l'implantation de la LMRSSS diminue le nombre d'établissements de santé de 182 à 34 établissements.

Dans un premier temps, en 2003, le gouvernement québécois a adopté la Loi 25 ou « Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux », entraînant, à travers le Québec, la création de 95 réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLSSS) sous la gouverne d'une seule instance locale, soit les CSSS. Un RLSSS était un réseau d'établissements qui avait pour mandat de mettre en place des ententes inter-établissements permettant d'assurer à la population des continuums de soins et de services coordonnés. L'objectif principal de ces réseaux visait à améliorer l'accessibilité, la continuité, l'intégration et la qualité des services à la population d'un territoire donné (MSSS,

2010). Les CSSS étaient alors des structures issues de la fusion ou de l'intégration d'un ou de plusieurs établissements ayant des missions différentes (p. ex. : CLSC, CHSLD, CH, CR, CPEJ). Les CSSS avaient pour mission d'offrir des services intégrés dans de multiples installations réparties sur un territoire géographique donné (MSSS, 2010). Deux principes encadraient l'implantation des CSSS soit : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Tout d'abord, la responsabilité populationnelle rendait les CSSS imputables d'assurer l'accessibilité à la population à un panier de services le plus complet possible et de l'accompagner dans le réseau de santé. Ensuite, la hiérarchisation des services donnait aux CSSS la responsabilité d'améliorer les mécanismes de coordination des services entre la 1^{re}, la 2^e et la 3^e lignes (MSSS, 2010). La figure 1 illustre l'organisation du réseau de la santé au Québec en 2003.

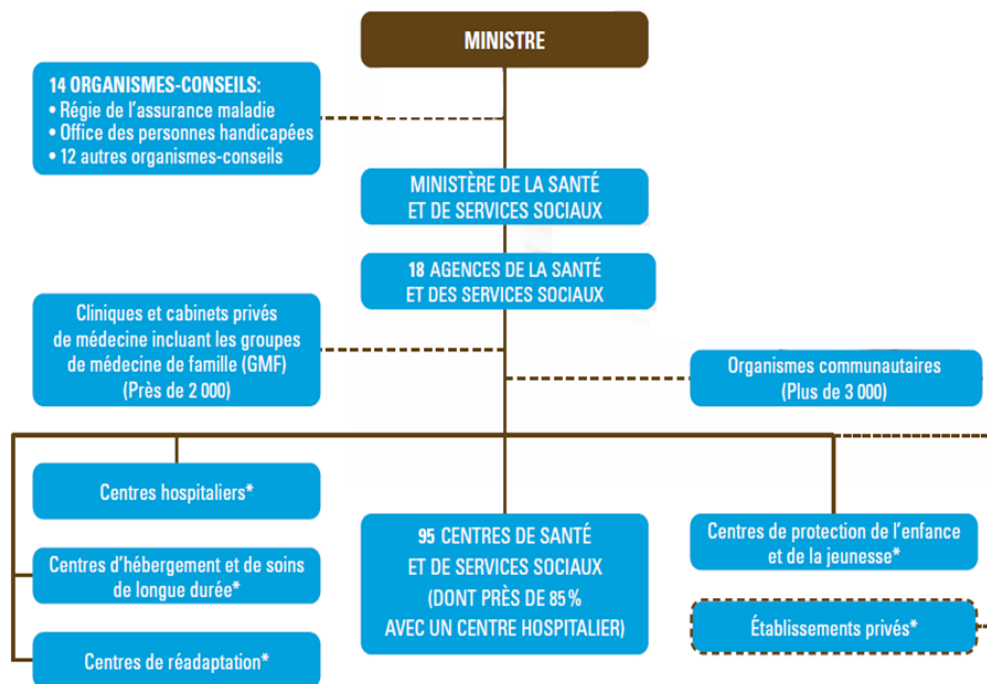
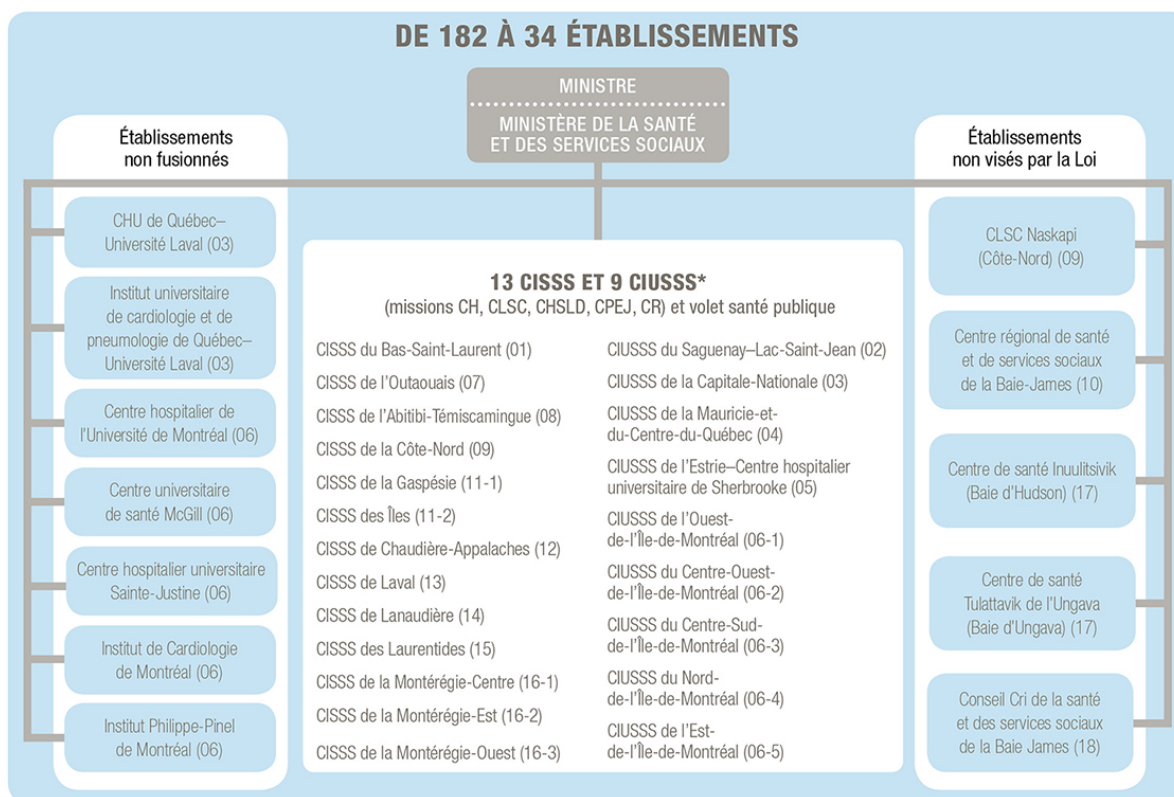


Figure 1. Organisation du réseau de la santé au Québec en 2003

Dans un deuxième temps, le 7 février 2015, le gouvernement du Québec adopte la Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de simplifier l'accès aux services, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité du réseau (MSSS, 2015). Cette Loi prévoit : « L'intégration territoriale des services de santé et des services sociaux par la mise en place de réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux visant à assurer des services de proximité et leur continuité, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques » (MSSS, 2015, p. 5.).

Cette réorganisation s'inscrit dans la continuité de la Loi 25 et va plus loin, notamment en confiant à un CISSS ou à un CIUSSS l'organisation de services de santé et de services sociaux au cœur d'un réseau territorial de services (RTS). La Loi 10 prévoit aussi la création de 13 CISSS, issus de la fusion des établissements publics d'une même région et de neuf CIUSSS, créés sur le même modèle que celui des CISSS. Les CIUSSS se différencient des CISSS, car ils comptent des établissements universitaires sur leur territoire. S'ajoutent à ces établissements, sept établissements non-fusionnés comprenant des centres hospitaliers universitaires (CHU) et des instituts universitaires (IU) ayant une mission suprarégionale et cinq établissements non visés par la loi (MSSS, 2015). Chacun des CISSS et des CIUSSS a la responsabilité populationnelle d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet de santé publique. De plus, ces établissements veillent à l'organisation des services et à leur complémentarité dans le cadre de multiples missions. Ils concluent des ententes avec les autres établissements (p. ex. : les CHU) et les organisations partenaires de leur RTS. En outre, les CISSS et les CIUSSS sont des

organisations complexes étant donné la taille de celles-ci, les multiples services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes incluant les différentes missions, les ressources, les clientèles variées, les technologies diversifiées et les nombreuses parties prenantes. La figure 2 illustre l'organisation du réseau de la santé au Québec en 2015 (MSSS, 2015).



* Les 13 CISSS se trouvent dans chacune des régions sociosanitaires autres que celles de Montréal, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, de la Mauricie et du Centre-du-Québec et du Saguenay-Lac-Saint-Jean, dans lesquelles on trouve les 9 CIUSSS (5 dans la région de Montréal, 1 dans la région de la Capitale-Nationale, 1 dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1 dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean et 1 dans la région de l'Estrie).

Figure 2. Organisation du réseau de la santé au Québec en 2015

En résumé, la réorganisation du réseau de la santé au Québec, suite à l'implantation des réformes découlant des Lois 25 et 10, a amené d'importantes modifications au sein des établissements de santé, en regard de la gouvernance et de la structure organisationnelle. Par ailleurs, depuis les 15 dernières années, l'organisation des soins et des services est confiée à

des réseaux territoriaux d'établissements ayant des missions élargies (p. ex. : les CISSS, les CIUSSS). De fait, en 2015, 34 établissements (p. ex. : CISSS, CIUSSS, CHU, IU, établissements non fusionnés) sont responsables et imputables d'améliorer l'accessibilité, la continuité, l'intégration, la coordination et la qualité des services adaptés aux besoins d'une population répartie sur un territoire géographique délimité. Dans ce contexte, on peut se questionner sur l'impact que ces modifications peuvent exercer, à court et à long termes, sur la gouvernance des soins infirmiers et sur les rôles et responsabilités de coordination, de collaboration et de concertation avec de multiples parties prenantes. En outre, ce nouveau contexte organisationnel amène à se questionner sur les compétences de gestion indispensables à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers dans des organisations complexes et en transformation. Il importe de se questionner également sur le soutien, l'encadrement et le suivi qui sont nécessaires à l'implantation de telles réorganisations. C'est dans ce contexte qu'il devient essentiel de revoir l'historique de la fonction de la DIRSI et du mandat de la DSI. C'est ce qui est présenté dans la section suivante.

Historique de la fonction de la DIRSI et du mandat législatif de la DSI

Depuis plus de 40 ans, la fonction de la DSI est inscrite dans la LSSSS. Cette fonction fait son apparition en 1972, suite à l'adoption d'un règlement gouvernemental qui créait, pour chaque CH, un poste de chef de service de soins infirmiers, lequel titre a été remplacé par celui de DSI dès l'année suivante (Vallières et Mercier, 2002). En 1974, le gouvernement a introduit, dans la LSSSS, une disposition qui obligeait les conseils d'administration (CA) à nommer une DSI dans l'ensemble des CH. Plus tard, en 1991, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

avaient, à leur tour, l'obligation de nommer une responsable des soins infirmiers (RSI) (Vallières et Mercier, 2002). Au cours des 20 dernières années, l'implantation de l'approche par programme-clientèles dans les centres hospitaliers (CH) et la mise en place des CSSS, ont apporté des modifications sur le plan des rôles et de la structure organisationnelle de la DIRSI.

L'adoption de l'approche par programme-clientèles dans les années 90 dans certains CH québécois a changé radicalement la fonction de la DIRSI (Fortin et al., 2015; OIIQ, 2004). Ce modèle de prestation de soins et de services favorise, dans une même entité, le regroupement des activités associées à une clientèle et des ressources professionnelles qui y sont consacrées, sous une responsabilité unique (Luc et Rondeau, 2002; OIIQ, 2004). Dans une telle approche, la DIRSI passe d'une fonction hiérarchique à une fonction transversale, établissant un fonctionnement de type matriciel avec les autres directions. La DIRSI n'est plus responsable de la gestion directe (gestion opérationnelle) des services infirmiers, car les décisions liées aux ressources financières, humaines et matérielles attribuées à un programme, sont prises en cogestion par le chef médical et le chef clinico-administratif (Luc et Rondeau, 2002). Une telle restructuration constitue donc un changement majeur pour la DIRSI parce qu'elle modifie les rapports de pouvoir, les responsabilités et les rôles des directeurs, ainsi que ceux des cadres intermédiaires (Luc et Rondeau, 2002).

Quant à la mise en place des CSSS, elle marque un tournant dans la structure et la composition de la DIRSI. Avant l'avènement des CSSS, elles différaient selon les établissements de santé. Après l'implantation des CSSS, la DSI occupe un poste de cadre supérieur. Elle relève, en général, du directeur général (DG) de l'établissement et est membre du comité de direction. La structure de la DIRSI varie en nombre et en composition en

fonction des CSSS. De plus, les rôles et les responsabilités de la DSI (Fortin et al., 2015), ainsi que les conditions dans lesquelles ces rôles sont exercés, varient également considérablement d'un établissement à un autre. Ces mêmes auteurs soulignent que le fait d'avoir placé la DSI dans un rôle « conseil avec une autorité fonctionnelle » a eu un effet délétère sur son influence et sa capacité d'intervention dans les dossiers liés à son champ de responsabilités.

L'avènement des CISSS et des CIUSSS en 2015 amène d'autres changements à la structure organisationnelle et à la composition de la DIRSI. Notamment, la DSI, outre son mandat légal, assume des responsabilités hiérarchiques et transversales. Tel que mentionné précédemment dans le premier chapitre, la DSI est soutenue, entre autres, dans la réalisation de son mandat par une DSI adjointe (volet opérationnel), qui assume des responsabilités hiérarchiques des certains services cliniques en CH et par une DSI adjointe (volet des pratiques professionnelles), qui exerce des responsabilités transversales de type fonctionnel sur les pratiques infirmières et sur la qualité des soins infirmiers pour l'ensemble de l'organisation. Le mandat de la DSI se fait également avec le soutien d'experts-cliniques et de gestionnaires (Fortin et al., 2015; OIIQ, 2014).

Il est important de souligner que la LMRSSS n'a pas apporté de changements au mandat législatif de la DSI. Ainsi, la LSSSS stipule qu'une DSI soit nommée par tout établissement qui exploite un CH et par toute instance locale, et que cette directrice doit être une infirmière ou un infirmier. En principe, elle doit relever de l'autorité du PDG (MSSS, 2018) sauf que cela ne semble pas toujours appliqué dans les établissements de santé.

Les articles 207 et 208 de la LSSSS précisent les principales responsabilités de la DSI soit :

Article 207 :

- Surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés dans le centre;
- S'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux personnes ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;
- Collaborer à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers;
- Veiller au bon fonctionnement du comité du conseil des infirmières et infirmiers (CII) et s'assurer que ce conseil apprécie adéquatement les actes infirmiers posés dans le centre.

Article 208 :

- S'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers dans le centre;
- Planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins du centre;
- Gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne;
- Assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation.

En résumé, la fonction et le mandat d'une DSI sont inscrits dans la LSSSS et cette dernière doit relever de la PDG. La fonction de la DSI ainsi que la structure et la composition de sa DIRSI ont été modulées par la gouvernance des établissements de santé, par les modèles de prestation de soins et de services (p. ex. : l'approche par programmes-clientèles) et par la

culture organisationnelle. De fait, au cours de deux dernières reformes (Lois 25 et 10), la DIRSI est passée d'une fonction transversale « conseil » à une double fonction hiérarchique de gestion de certains services cliniques et une fonction transversale de gestion des pratiques professionnelles dans les 34 établissements du réseau de la santé au Québec. Il importe de souligner que la mise en place de ces deux Lois et l'élargissement des responsabilités qui en découle, n'ont généré ni actualisation ni changements, au niveau du mandat légal de la DSI. Dans ce contexte, il est légitime de se questionner sur le positionnement de la DIRSI qui ne relève pas toujours de la PDG et sur la façon dont les DIRSI exercent leur leadership et leur pouvoir d'influence afin d'assurer leur mandat légal à l'égard de la qualité des soins, tout en répondant aux impératifs stratégiques de performance des nouvelles organisations. Dans la section suivante, la qualité des soins infirmiers incluant la performance organisationnelle sont présentées.

Qualité des soins

Dans la présente étude, la qualité des soins réfère au maintien et à l'amélioration continue des services afin de répondre aux besoins du client et des différentes parties prenantes tout en considérant les divers environnements (p. ex. : politique, social, économique et technologique) pouvant exercer une influence sur l'efficacité organisationnelle (Boal et Hooijberg, 2000) et sur la contribution à l'amélioration de la performance des organisations (Hambrick, 1989).

Plusieurs auteurs en sciences infirmières soulignent que l'amélioration et le maintien de la qualité des soins, de l'excellence des soins, des résultats de santé et de performance organisationnelle sont possibles grâce au leadership qui s'avère essentiel et qui est exercé par

les DIRSI (Blouin et Buturusis, 2012; Bradley, 2014; Burkman et al., 2012; Castle et Decker, 2011; Castle et al., 2015; Castle et Lin, 2010; Germain et Cummings, 2010; Hader, 2011; Hughes et al., 2015; Jeffs et al., 2019; Kerfoot et Luquire, 2012; Lúanaigh et Hughes, 2016; Ryan et al., 2017; Siegel et al., 2012; Siegel, Young, et al., 2014; Weiss et Pettker, 2015; White, Jackson et Norris, 2013; Wilmoth et Shapiro, 2014; Wong et al., 2013). De plus, les recherches empiriques en sciences infirmières consultées dans le cadre de la présente étude permettent de constater que la qualité des soins a été examinée selon l'influence exercée par la performance clinique (Castle et Lin, 2010; Dubois, D'Amour, Pomey, Girard et Brault, 2013; Germain et Cummings, 2010; Wong et al., 2013), par le leadership transformationnel des DSI et des gestionnaires en soins infirmiers de niveau intermédiaire (Castle et Decker, 2011; Castle et al., 2015; Clavelle, Drenkard, Tullai-McGuinness et Fitzpatrick, 2012; Martin, McCormack, Fitzsimons et Spirig, 2012; Touchette et Kilpatrick, 2018), par les rôles et les responsabilités exercés par les DIRSI (Crawford et al., 2017; Disch et al., 2011; Jeffs et al., 2018; Siegel et al., 2012; Siegel, Young, et al., 2014), par l'engagement des gestionnaires en soins infirmiers dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (Dainty et Sinclair, 2017; Jeffs et al., 2018), par la formation des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau (Castle et al., 2015; Siegel, Leo, Young et Castle, 2014) et par la culture organisationnelle (Carney, 2011).

En résumé, tenant compte de la définition de la qualité des soins retenue pour la présente étude, plusieurs auteurs affirment que le leadership des DIRSI est essentiel au maintien de cette qualité dans les organisations de santé. Les études consultées en sciences infirmières ont porté sur l'influence que plusieurs facteurs (p. ex. : performance clinique, leadership transformationnel, rôles et responsabilités, engagement et formation des gestionnaires, culture

organisationnelle) peuvent exercer sur l'amélioration de la qualité des soins. Dans le cadre d'une gouvernance des soins infirmiers de type hiérarchique et transversale, on peut se questionner sur le pouvoir d'action stratégique de la DIRSI à l'égard des processus managériaux et cliniques pour l'atteinte et le maintien d'une qualité des soins et des services infirmiers optimale dans des organisations en transformation. C'est dans ce contexte que la description de l'exercice du leadership stratégique de DIRSI dans une visée de qualité des soins, devient importante et particulièrement pertinente. Le leadership stratégique, sa définition et son exercice, sont présentées dans les pages suivantes.

Leadership stratégique : définition et exercice

Le leadership stratégique peut se définir comme la capacité d'une personne à anticiper, à envisager, à penser stratégiquement et à travailler avec d'autres personnes pour initier des changements pouvant influencer la performance organisationnelle (Ireland et Hitt, 2005). Dans ce sens, le leadership stratégique peut être perçu selon différents auteurs comme étant : 1) la responsabilité de formuler des stratégies managériales continuellement adaptées à l'environnement et aux ressources organisationnelles (Hosmer, 1986), 2) l'habileté et la performance à exécuter de multiples rôles et comportements circonscrits par le contexte organisationnel ou environnemental (Denison, Hooijberg et Quinn, 1995), 3) la capacité d'anticiper, de maintenir la flexibilité, de penser stratégiquement et de travailler pour initier des changements viables pour l'organisation (Ireland et Hitt, 2005), 4) la capacité de définir la vision et les valeurs organisationnelles et de les traduire en actions afin d'amener des

changements (Davies et Davies, 2004) et 5) la capacité d'apprendre, de s'adapter et de gérer pour optimiser l'efficacité et la performance organisationnelles (Boal et Hooijberg, 2000).

Au cours des dernières décennies, plus particulièrement depuis le milieu des années 1980, plusieurs chercheurs s'intéressent à l'étude du leadership stratégique (Boal et Hooijberg, 2000; Boal et Schultz, 2007; Carter et Greer, 2013; Child, 1997; Davies et Davies, 2005; Davies et Davies, 2004, 2006; Denis, Kisfalvi, Langley et Rouleau, 2011; Finkelstein et Hambrick, 1996; Hambrick, Cannella et Pettigrew, 2001; Hambrick et Mason, 1984; Hooijberg et Lane, 2014; Hosmer, 1986; Ireland et Hitt, 2005; Palladan, Binti Abdulkadir et Chong, 2016; Volpp Sierra et Banzato, 2016; Yukl, 2008). Cet intérêt manifeste peut s'expliquer par les attentes grandissantes envers les cadres de haut niveau dont les rôles changent et s'adaptent à la gestion des organisations de plus en plus complexes (Carter et Greer, 2013; Palladan et al., 2016).

L'exercice du leadership stratégique diffère des autres formes de leadership parce qu'il :

- 1) exige l'alignement et l'adaptation constants aux environnements - interne et externe - de l'organisation,
- 2) se pratique dans un environnement organisationnel complexe et de grande ambiguïté,
- 3) est multidimensionnel en ce sens qu'il requiert des compétences complexes dans plusieurs domaines (p. ex. : finances, management, marketing, communication, etc.),
- 4) nécessite le développement d'alliances avec des partenaires et la mobilisation du capital humain et social (Hitt et Duane, 2002),
- 5) implique que la gestion de l'organisation se fasse à travers d'autres personnes (Hambrick et al., 2001; Hambrick, 1989; Hooijberg et Lane, 2014),
- 6) agit sur la mesure d'indicateurs de performance financière, sociale et environnementale dans l'organisation (Carter et Greer, 2013) et
- 7) s'intéresse à la participation des cadres aux

processus décisionnels, à la portée de leurs activités, y compris leurs choix stratégiques qui influencent les résultats et ultimement, la performance organisationnelle (Boal et Hooijberg, 2000; Boal et Schultz, 2007; Child, 1997; Denis et al., 2011; Finkelstein et Hambrick, 1996; Hambrick et al., 2001). Or, quelques auteurs soulignent la rareté d'études empiriques portant sur le leadership stratégique et le potentiel considérable que de nouvelles études pourraient avoir sur le développement des connaissances (Denis et al., 2011; Finkelstein, Hambrick et Cannella, 2009; Palladan et al., 2016).

Le leadership stratégique renvoie aux leaders positionnés aux échelons supérieurs dans une organisation (Finkelstein et Hambrick, 1990; Hambrick et al., 2001; Hambrick, 1989, 2007; Wilmoth et Shapiro, 2014). Toutefois, selon Ireland et Hitt (2005), il peut être développé et exercé par tous les cadres, supérieurs et intermédiaires, tout en tenant compte que l'imputabilité de la performance organisationnelle revient aux cadres supérieurs. Ces cadres exercent une grande influence « bonne ou mauvaise » sur la direction d'une organisation (Child, 1997; Finkelstein et Hambrick, 1996). Selon certains auteurs (Boal et Hooijberg, 2000; Finkelstein et Hambrick, 1996), le leader stratégique peut être : une personne (p. ex. : PDG, DSI, etc.), une équipe de cadres (p. ex. : la direction des soins infirmiers) ou une équipe de direction ou de gouvernance (p. ex. : le conseil d'administration), telle que la DIRSI, contexte ciblé dans la présente étude.

De fait, le leader stratégique est responsable de transmettre un message clair qui donne du sens aux actions tout en tenant compte des environnements et du contexte organisationnel (Séguin, Hafsi et Demers, 2008). Selon Séguin et al. (2008), le leader stratégique doit être à la fois l'architecte de la raison d'être, le concepteur de la stratégie et le créateur du contexte. À

cet effet, en tant qu'architecte de la raison d'être, il exerce du leadership stratégique en mettant l'accent sur la vision, le but (Davies et Davies, 2004; House et Aditya, 1997), les valeurs, les principes, les choix et l'évolution de l'organisation (Child, 1997; Séguin et al., 2008). Le leader stratégique s'assure que les valeurs sont inscrites dans la mission de l'organisation et que les actions soient conformes aux valeurs (Séguin et al., 2008). Ensuite, le leader, en tant que concepteur de la stratégie, exerce du leadership stratégique en participant aux choix stratégiques organisationnels (Boal et Hooijberg, 2000; Davies et Davies, 2004; Denis et al., 2011), tant dans leurs formulations que dans leurs mise en œuvre, mais aussi dans leurs actions au quotidien (Davies et Davies, 2004; Séguin et al., 2008). Ainsi, le leader stratégique essaie d'établir un lien entre les opportunités et les menaces de l'environnement et les forces et les faiblesses de l'organisation, tout en tenant compte de ses propres valeurs et de ses responsabilités sociales (Séguin et al., 2008). Finalement, le leader stratégique, en tant que créateur du contexte, est responsable de mettre en place les conditions qui rendent possible la participation et l'engagement des autres membres de l'organisation à la formulation des stratégies et de créer un climat favorable à l'apprentissage (Davies et Davies, 2004; Séguin et al., 2008). Le leader stratégique possède l'habileté de décider ce qui est à changer de façon stratégique et à quel moment le changer (Davies et Davies, 2004).

En résumé, qu'il soit tantôt défini comme une capacité, comme une responsabilité ou comme une habileté, l'exercice du leadership stratégique a des caractéristiques distinctes et il y a plusieurs façons de le définir, ce qui amène une difficulté à cerner ses attributs conceptuels et son exercice. Il se différencie des autres types de leadership parce qu'il s'intéresse aux gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau, aux décisions et aux choix stratégiques qu'ils

font et à l'influence qu'ils exercent sur la qualité des soins infirmiers et sur l'avenir des organisations. Son exercice requiert le développement de multiples connaissances, compétences et habiletés dans plusieurs domaines (p. ex. : finances, management, gestion, communication), pour répondre aux exigences, aux besoins et aux attentes des différentes parties prenantes dans des organisations de plus en plus complexes.

La prochaine section présente les recherches portant sur le leadership stratégique en sciences infirmières.

Recherches portant sur le leadership stratégique en sciences infirmières

Certaines composantes structurantes du modèle *An Integrative Model of Strategic Leadership* (Boal et Hooijberg, 2000) et la lecture approfondie des études des auteurs classiques dans ce domaine (Child, 1997; Cohen et Levinthal, 1990; Hambrick, 1989, 2007; Hooijberg, Hunt et Dodge, 1997; Hosmer, 1986; Yukl, 2008), ont guidé l'élaboration de la stratégie de recherche dans les banques de données CINAHL, MEDLINE, PUBMED, en utilisant les termes de recherche suivants : leadership stratégique, direction des soins infirmiers, directrice des soins infirmiers, qualité, établissement de santé.

La recension des écrits a permis de retracer des écrits théoriques et empiriques dans certaines disciplines, notamment en sciences de l'éducation (Davies et Davies, 2005; Davies et Davies, 2004, 2006; Eacott, 2008), en management stratégique (Elenkov, Judge et Wright, 2005; Hooijberg et Lane, 2014; Jasper et Crossan, 2012) et en leadership stratégique (Boal et Hooijberg, 2000; Boal et Schultz, 2007; Volpp Sierra et Banzato, 2016).

En sciences infirmières, plusieurs auteurs s'intéressent au leadership des infirmières positionnées aux échelons supérieurs dans une organisation, notamment en regard de leurs

rôles et responsabilités, de leurs compétences, de leurs fonctions, de leur participation aux processus décisionnels et de leur contribution aux changements et à l'innovation (Arnold et al., 2006; Bradley, 2014; Castle et Decker, 2011; Castle et al., 2015; Castle et Lin, 2010; Dwore et al., 2000; Fleming, 2007; Fleming et Kayser-Jones, 2008; George et Lovering, 2013; Goetz et al., 2011; Hader, 2011; Kerfoot et Luquire, 2012; Kirk, 2008, 2009; Kramer et al., 2010; Krause, 2012; McCausland, 2012; Meadows, 2016; Montalvo et Byrne, 2016; Shirey, 2013; Siegel et al., 2012; Siegel, Young, et al., 2014; Spicer et al., 2011; Spiers et al., 2016; Wilmoth et Shapiro, 2014; Wong et al., 2013).

Les écrits empiriques répertoriés ont été réalisés notamment, en Angleterre, en Australie, au Brésil, au Canada, aux États-Unis et en Suisse. Ils portent sur une ou plusieurs composantes structurantes associées à l'exercice du leadership stratégique soit : la vision, les processus décisionnels, les rôles et les responsabilités, le changement et l'innovation (Boyal et Hewison, 2016; Bradley, 2014; Burke, Flanagan, Ditomassi et Hickey, 2017; Clark-Burg et Allieux, 2017; Disch et al., 2011; Eduardo, Peres, Almeida, Roglio et Bernardino, 2015; Hader, 2011; Herman et al., 2015; Jeffs et al., 2018; Jones, Lankshear et Kelly, 2016; Martin et al., 2014; Siegel et al., 2010; Spiers et al., 2016). Les recensions des écrits de Crawford et al. (2017) portant sur les rôles, les responsabilités, les compétences et les attitudes de DIRSI ainsi que celle de Parand, Dopson, Renz et Vincent (2014) abordant les activités relatives à la qualité des soins infirmiers, permettent de faire progresser le portrait de l'état des connaissances. Toutefois, il importe de souligner qu'à notre connaissance, aucune étude portant sur le leadership stratégique de DIRSI, selon une perspective infirmière, ne semble pas avoir été réalisée. Dans les prochains paragraphes, certaines composantes associées à l'exercice du

leadership stratégique des DIRSI, soit la vision, les processus décisionnels, le changement et l'innovation ainsi que les compétences, sont présentées.

Vision

Plusieurs auteurs en sciences infirmières soulignent l'importance d'élaborer, d'articuler et de communiquer la vision des soins infirmiers (Batcheller, 2011; Burkman et al., 2012; Disch et al., 2011; Esterhuizen, 2014; George et Lovering, 2013; Hader, 2011; Kerfoot et Luquire, 2012; Lewis et al., 2014; Martin et al., 2014; Pepin et al., 2017; Wilmoth et Shapiro, 2014). Une vision, c'est une construction cognitive qui articule les valeurs, les croyances et les objectifs en regard du système (Martin et al., 2014). De plus, elle peut être considérée comme une composante du leadership (Batcheller, Yoder, Yoder-Wise et Williams, 2019), une activité stratégique puissante permettant de rendre plus visible la contribution des soins infirmiers à la santé des populations (Zager et Walker, 2005) et une compétence génératrice d'une réflexion stratégique et d'une vue d'ensemble (Disch et al., 2011).

La vision des soins infirmiers doit être convaincante, holistique (Burkman et al., 2012; Lewis et al., 2014) et stratégique pour l'atteinte des cibles cliniques, professionnelles et organisationnelles (George et Lovering, 2013; Hader, 2011; Wilmoth et Shapiro, 2014). Pour d'autres auteurs (Batcheller et al., 2019; Burkman et al., 2012; Disch et al., 2011; George et Lovering, 2013), la vision doit être centrée sur les besoins des diverses clientèles à travers des continuums de services sécuritaires, en s'assurant d'offrir la même qualité des soins infirmiers à travers l'organisation. Le gestionnaire en soins infirmiers de haut niveau est primordial pour présenter la vision comme une façon d'être plutôt que comme une tâche à accomplir

(Esterhuizen, 2014) et ensuite l'articuler clairement à travers la dispensation des services au sein de l'organisation (Batcheller et al., 2019; Hader, 2011)

Or, la recherche qualitative de Martin et al. (2014), portant sur l'évaluation d'un programme de formation sur le développement d'une vision, réalisée auprès de six gestionnaires d'unités de soins dans un CH en Suisse, jette un regard critique quant à leur capacité d'élaborer une vision des soins infirmiers. Martin et al. (2014) concluent qu'une vision commune, soit au sein d'une équipe ou d'une organisation, est un élément clé de l'exercice du leadership stratégique parce qu'elle oriente les changements organisationnels. Toutefois, le manque de temps et la lourdeur de la charge de travail sont des facteurs qui freinent la communication et l'opérationnalisation de la vision des soins infirmiers. Toujours selon ces auteurs, peu de connaissances existent sur la façon dont le leader infirmier conçoit et transmet la vision des soins infirmiers aux équipes de soins et comment celle-ci influence l'organisation (Martin et al., 2014). Toutefois, les limites majeures de l'étude de Martin et al. (2014) sont la recension des écrits qui s'appuie sur des articles datant de plus de 20 ans et la taille restreinte de l'échantillon (N=6) qui donne une perspective partielle du développement de la vision des soins infirmiers.

Processus décisionnels

Plusieurs écrits théoriques et empiriques en sciences infirmières convergent quant à l'influence et à l'importance de la participation de la DIRSI dans les processus décisionnels des organisations en transformation (Bradley, 2014; Clark-Burg et Allieux, 2017; Dwore et al., 2000; Eduardo et al., 2015; Oetjen, Oetjen et Rotarius, 2008; Rudisill et Thompson, 2012;

Spiers et al., 2016; Weiss et Pettker, 2015; Wong et al., 2010). La prise de décision influence la pratique infirmière et la qualité des soins et est en conséquence un élément-clé de l'exercice du leadership des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau (Clark-Burg et Alliex, 2017; Eduardo et al., 2015; Wong et al., 2013). D'une part, la prise de décision peut se définir comme un processus cognitif complexe qui fait appel à la pensée critique, au jugement et à l'évaluation en regard d'un problème donné (Oetjen et al., 2008). D'autre part, le processus décisionnel est décrit comme un phénomène comportant de multiples aspects tels que les finances, les ressources humaines, la qualité et la sécurité des services à travers différents continuums des soins (Eduardo et al., 2015; Wong et al., 2013).

La recherche en sciences infirmières en regard de la prise de décisions au niveau clinique, individuel et organisationnel est abondante (Clark-Burg et Alliex, 2017; Wong et al., 2013). Toutefois, selon certains auteurs en sciences infirmières (Dwore et al., 2000; Wong et al., 2010), peu de recherches ont été réalisées sur la participation des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau, quant au processus de prise de décisions stratégique dans les organisations. De fait, la recension des écrits a permis de répertorier quatre recherches après les années 2000 portant sur leur participation dans les processus décisionnels.

Premièrement, Wong et al. (2010) ont réalisé un sondage auprès 112 cadres supérieurs dont 49 PDG et 63 gestionnaires infirmiers de niveau supérieur dans 28 CHU et 38 CH communautaires repartis dans 10 provinces canadiennes. L'étude de Wong et al. (2010) décrit les processus décisionnels des cadres supérieurs infirmiers en termes de portée et d'implication dans les décisions stratégiques et tactiques au niveau organisationnel. Les principaux résultats de ce sondage révèlent que ces cadres : 1) sont impliqués dès le début du

processus décisionnel comprenant la planification stratégique, 2) occupent une position idéale pour s'assurer de l'alignement des décisions de type clinique et organisationnel et 3) interviennent dans différents types de décisions impliquant des processus décisionnels distincts (planification, opérations, cliniques, professionnels, ressources). La recherche de Wong et al. (2010) réalisée dans le contexte du système de santé canadien peut limiter la généralisation des résultats dans les milieux de soins d'autres pays. Elle est cependant utile au contexte de notre étude.

Deuxièmement, Eduardo et al. (2015) ont mené une recherche-action auprès de neuf gestionnaires infirmiers d'une DIRSI d'un CH public au Brésil. Leur recherche visait à analyser un modèle de prise de décision. Les principaux résultats montrent : 1) le peu de préparation professionnelle et individuelle des gestionnaires pour participer aux processus décisionnels, 2) la présence d'un processus séquentiel qui guide le travail collectif des gestionnaires dans la prise des décisions et 3) l'utilisation de la gestion du temps, l'autonomie, la médiation et la négociation des conflits comme facteurs à considérer lors du processus décisionnel. L'étude réalisée par Eduardo et al. (2015) documente avec rigueur méthodologique les résultats présentés. Les auteurs concluent avec la nécessité de développer et de mettre en place des processus permettant d'appuyer et d'évaluer l'efficacité de la prise de décision des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau.

Troisièmement, Spiers et al. (2016) ont fait une étude qualitative descriptive auprès de cinq gestionnaires infirmiers de niveau supérieur et huit de niveau intermédiaire dans un CH tertiaire dans l'ouest du Canada. L'étude décrit la perception de ces gestionnaires de l'influence exercée par la réorganisation sur l'utilisation des résultats probants lors des

processus décisionnels. Dans un contexte de restructuration, les auteurs soulignent que ces gestionnaires : 1) s'efforcent de maintenir des relations avec leurs collaborateurs pour préserver leur capacité de prendre des décisions, 2) ont l'impression que la restructuration augmente leurs responsabilités et diminue leur autonomie dans la prise de décisions, 3) sont forcés de se centrer sur la gestion quotidienne et moins dans la planification stratégique et à long terme, 4) cherchent les meilleures sources d'information pour éclairer la prise de décision et 5) n'utilisent pas ou peu les résultats probants lors de la prise de décision dans un contexte organisationnel en changement. Spiers et al. (2016) présentent une description détaillée des principaux résultats accompagnés des verbatim illustrant les points de vue des participants, réfèrent aux auteurs classiques en recherche qualitative et expliquent le processus de recrutement des participants. Toutefois, les critères de sélection des participants sont moins explicites.

Quatrièmement, Clark-Burg et Alliex (2017) ont réalisé une étude qualitative par théorisation ancrée auprès de 20 gestionnaires infirmiers de niveau intermédiaire dans un CH tertiaire et un CH privé en Australie. Cette recherche visait à expliquer le processus décisionnel des gestionnaires infirmiers œuvrant dans quatre départements différents (sept en unités de médecine-chirurgie, deux en radiologie et un respectivement en recrutement, en soins palliatifs et en gestion du congé). Les résultats révèlent que ces gestionnaires participent différemment aux processus décisionnels selon leur niveau d'expérience clinique et de gestion. ClarkBurk et Allied ont diversifié la sélection des participants pour capter plusieurs points de vue. Toutefois, les auteurs ne spécifient ni la technique de sélection des participants, ni le

nombre exact des participants, ni les auteurs en théorie ancrée et ni la méthode d'analyse des données.

Changement et innovation

Des auteurs en sciences infirmières soulignent l'importance du leadership exercé par les gestionnaires infirmiers de la DIRSI en regard du changement et de l'innovation notamment dans des organisations en transformation (Boyal et Hewison, 2016; Crossan, 2003; Gallagher-Ford, 2014; Hernandez et al., 2013; Joseph, 2015; McCausland, 2012; Nelson et Pilon, 2015; Nelson-Brantley, Ford, Miller et Bott, 2018; Prado-Inzerillo et al., 2018; Rudisill et Thompson, 2012; Salmela, Eriksson et Fagerström, 2012; Weatherford, Bower et Vitello-Cicciu, 2018). De fait, selon certains chercheurs en sciences infirmières (Boyal et Hewison, 2016; Clavelle et al., 2012; Nelson et Pilon, 2015), l'exercice du leadership de la DIRSI influence le contrôle des coûts et le maintien de la qualité et de la sécurité des soins en période de restructuration.

Or, selon certains auteurs en sciences infirmières (Boyal et Hewison, 2016; Crossan, 2003), peu d'attention a été portée spécifiquement aux gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau en ce qui concerne le changement organisationnel. À cet égard, le sondage réalisé par Clavelle et al. (2012), auprès de 225 gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau issus des différents établissements magnétiques aux États-Unis, a indiqué que ces gestionnaires exercent plus d'influence en orientant et en engageant les autres à agir. Nelson et Pilon (2015) ont réalisé une recherche qualitative auprès de 16 DSI dans différents CH aux États-Unis. Cette recherche visait à comprendre les stratégies de gestion des DSI en période de transition

dans leurs organisations respectives. Les résultats de cette recherche ont révélé l'importance :

- 1) d'engager l'ensemble des équipes de soins à tous les niveaux de l'organisation et 2) d'établir un mécanisme de communication et de rétroaction avec les équipes. Toutefois, dans l'étude de Nelson et Pilon (2015) huit des 16 participantes viennent de la même région ce qui peut supposer un manque de variabilité dans les processus de transition. Également, la recherche qualitative réalisée par Boyal et Hewison (2016), entre 2009 et 2012, auprès des 77 cadres supérieurs, dont 14 cadres infirmiers dans trois CH en Angleterre, portait sur leurs expériences en période de changement. Leurs résultats ont indiqué : 1) la nécessité d'avoir des cadres infirmiers, forts, efficaces et efficients pour amener le changement, 2) l'intérêt d'avoir une adéquation entre les cadres infirmiers supérieurs et intermédiaires centrés sur le maintien de hauts standards de la qualité des soins et des valeurs professionnelles et organisationnelles et 3) les responsabilités dans la gestion quotidienne des cadres infirmiers, dans un contexte de restriction financière limitent leur engagement dans les activités stratégiques de l'organisation.

L'étude de Boyal et Hewison (2016) fait une description détaillée et documentée des thèmes émergeant en regard de l'expérience des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau. Joseph (2015), dans sa recherche qualitative réalisée auprès de 12 infirmières, dont six cadres infirmiers d'un CH communautaire aux États-Unis, portant sur leurs expériences en matière du caractère innovant de leur organisation relève que le soutien organisationnel est primordial pour implanter les innovations. De plus, la recension des écrits, réalisée par Nelson-Brantley et al. (2018), souligne que les cadres infirmiers supérieurs et intermédiaires, sont appelés à gérer le changement dans des organisations en transformation en s'assurant de l'efficience et du maintien de hauts standards de qualité. À cet effet, selon Quatrara, Rea, Wilkins et Facticeau

(2017) et Weatherford et al. (2018), l'habileté de la DIRSI à établir des liens collaboratifs et interdisciplinaires pour contribuer à créer et à maintenir une culture organisationnelle qui favorise l'innovation s'avère être une importante compétence.

Compétences

Au-delà de l'expertise clinique et professionnelle reconnue à la DIRSI (Crawford et al., 2017; OIIQ, 2014; Siegel et al., 2012; Spicer et al., 2011), plusieurs auteurs se sont attardés à documenter l'importance pour les gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau de développer des compétences stratégiques et managériales leur permettant d'exercer leurs responsabilités et leurs rôles dans des positions hautement stratégiques au sein des organisations (Barry et Winter, 2015; Carney, 2011; Crawford et al., 2017; Jasper et Crossan, 2012; Lúanaigh et Hughes, 2016; McCausland, 2012). D'autres auteurs en sciences infirmières (Castle et al., 2015; Siegel et al., 2012; Siegel, Young, et al., 2014) ajoutent que ces types de compétences et le leadership sont essentiels pour améliorer la qualité des soins infirmiers.

Au cours des 11 dernières années, les recensions des écrits réalisées par Kirk (2008) et Crawford et al. (2017) permettent d'établir un portrait des compétences, des rôles et des responsabilités pouvant être exercés par les DIRSI dans les établissements de santé.

Premièrement, Kirk (2008) a répertorié 24 études, entre 2000 et 2004, à travers une vaste analyse de 500 articles portant sur les facteurs qui contribuent à l'efficacité des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau. Kirk (2008) a identifié 10 caractéristiques associées à l'exercice du rôle de ces cadres soit : 1) le pouvoir d'influence, 2) la communication, 3) le savoir infirmier, 4) la gestion des ressources humaines, 5) la vision globale de l'organisation,

6) la gestion de la qualité, 7) la collaboration dans les équipes multidisciplinaires, 8) le développement des outils cliniques, 9) la gestion de projets et 10) la gestion des affaires. Kirk (2008) explicite les critères d'inclusion pour l'identification de ces dites 10 caractéristiques. Toutefois, l'absence de définition du concept d'efficacité constitue une limite de la recension des écrits.

Deuxièmement, Crawford et al. (2017) ont examiné 32 articles publiés de 2004 à 2015 traitant des rôles, des responsabilités, des caractéristiques et des compétences des DIRSI afin de mieux développer et guider la relève des futurs cadres infirmiers. Ces auteurs soulignent :

- 1) l'absence de définitions et le chevauchement entre les rôles, les responsabilités, les compétences et les caractéristiques,
- 2) l'élargissement du rôle de la DSI pour répondre aux attentes des organisations et
- 3) l'identification du leadership comme rôle central de l'exercice des responsabilités des cadres infirmiers.

En complémentarité, les études qualitatives réalisées par Siegel et al. (2012) et Siegel, Young, et al. (2014), auprès de 29 DSI en soins de longue durée dans 15 états à travers les États-Unis, révèlent que les rôles et les responsabilités sont déterminés par une variété de facteurs organisationnels. L'étude qualitative de type descriptive de Siegel et al. (2012) souligne qu'il y a une grande variation de la position de la DSI dans les organisations et son champ de responsabilités est plus large avec des liens intrinsèques entre les soins, les finances et les ressources humaines. L'analyse secondaire réalisée par Siegel, Young, et al. (2014) à partir de la recherche qualitative de (Siegel et al., 2010) souligne le rôle de la DSI dans la gestion financière et les tensions inhérentes autour de la demande des ressources et les services infirmiers. Les études de Siegel et al. (2012) et de (Siegel, Young, et

al., 2014) présentent certaines limites soit la taille restreinte de l'échantillon et l'absence des données en regard de la qualité des installations dans lesquelles travaillent les DSI.

En outre, les résultats de la recherche quantitative descriptive de Castle et al. (2015), réalisée par sondage auprès de 3941 DSI et infirmières gestionnaires œuvrant dans le milieu des soins de longue durée aux États-Unis, démontre une association statistiquement significative entre le niveau de formation académique et la qualité des soins des cinq indicateurs sensibles aux soins infirmiers (p. ex. : infections urinaires par cathéter, gestion de la douleur, lésions de pression, utilisation de contentions, chutes). À titre d'exemple, Castle et al. (2015) soulignent que les gestionnaires n'ayant pas de diplôme universitaire utilisent 38% plus des contentions que les unités de soins gérées par des gestionnaires ayant une formation de premier cycle. Toutefois, à l'instar des auteurs, l'utilisation des données transversales différentes d'un État à un autre aux États-Unis (p. ex. : qualifications requises aux DSI, nombre d'heure de formation continue) ne permet pas de démontrer une causalité entre le niveau d'éducation et la qualité des soins. Nonobstant, selon quelques auteurs (Barry et Winter, 2015; Esterhuizen, 2014), il devient nécessaire de revisiter la formation académique, incluant la formation de troisième cycle en administration, pour s'assurer qu'elle réponde aux nouvelles exigences découlant de nouveaux modèles de gouvernance des soins infirmiers et des organisations de santé. Pour d'autres auteurs (Castle et al., 2015; Weatherford et al., 2018), les DIRSI doivent développer des compétences distinctes de leadership pour pouvoir contribuer à la création et au maintien des environnements innovants et accompagner le changement dans des environnements cliniques plus complexes et organisationnels en constante transformation. Or, il y a peu de résultats probants quant aux meilleures pratiques en

regard de la formation et des qualifications requises pour préparer les infirmières à occuper une fonction de direction (Siegel et al., 2012).

En résumé, les écrits de plusieurs auteurs en sciences infirmières illustrent que l'intérêt porté à l'exercice du leadership des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau (p. ex. : DSI, DASI, CCSI, gestionnaires d'unités) n'est pas nouveau. Toutefois, les études empiriques répertoriées sur certaines composantes structurantes associées à l'exercice du leadership stratégique (p. ex. : le développement de la vision, la participation et l'utilisation des résultats probants dans les processus décisionnels, au changement et à l'innovation ainsi que les rôles, les responsabilités et les compétences requises) des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau demeurent peu nombreuses en sciences infirmières. En outre, parmi ces études, quelques-unes réalisées majoritairement à partir d'une approche qualitative présentent certaines limites méthodologiques (p. ex. : sélection, nombre et représentativité des participantes, absence de cadre de référence, rigueur dans l'analyse des données). De plus, à notre connaissance, aucune étude ne semble avoir été réalisée sur l'exercice du leadership stratégique de DIRSI, selon une perspective infirmière.

Dans le contexte de la nouvelle gouvernance des établissements de santé qui engendre de nouveaux rapports de pouvoir entre les différentes parties prenantes au Québec, la question se pose quant aux zones d'influence de la DIRSI dans les différents processus managériaux et organisationnels pour le maintien d'un haut standard de qualité et de sécurité et pour gérer la complexité grandissante des soins dans des établissements de santé en transformation. C'est dans ce contexte que la description de l'exercice du leadership stratégique de DIRSI, à partir d'un cadre de référence qui s'appuie sur les capacités (Boal et Hooijberg, 2000) et les

composantes (Hambrick, 1989) est pertinente, nécessaire et d'actualité. C'est ce qui sera présenté dans la prochaine section.

Cadre de référence

Le cadre de référence de ce projet doctoral s'appuie sur certains éléments tirés du modèle *An Integrative Model of Strategic Leadership* de Boal et Hooijberg (2000) et du modèle *Fitting Strategic Leadership Into the Strategic Framework* de Hambrick (1989), permettant de répondre aux trois questions de recherche. Le choix de certains éléments tirés de ces deux modèles permet de :

1. Décrire les activités associées au leadership stratégique de l'organisation (p. ex. : la prise de décision, la vision, les choix stratégiques, le développement des capacités) soient celles qui influencent l'organisation dans son ensemble (Boal et Hooijberg, 2000).
2. Comprendre ce que font les cadres, supérieurs et intermédiaires, de la DIRSI pour exercer du leadership stratégique dans l'organisation (Hambrick, 1989; Hambrick et Mason, 1984). Selon Denis et al. (2011), cette perspective est politique parce qu'elle se centre sur l'exercice du leadership stratégique permettant ainsi de documenter le pouvoir d'influence de la DIRSI dans les processus décisionnels à divers paliers de gestion de l'organisation. Le pouvoir est défini comme la relation de causalité entre les préférences d'un acteur à l'égard d'un résultat et le résultat lui-même (Denis et al., 2011).
3. Rendre plus tangible la manière dont agissent les différents acteurs de la DIRSI pour exercer du leadership stratégique avec leur réseau de relations dans l'organisation

(Hambrick, 1989). Cette perspective sociale contribue à expliquer la capacité relationnelle et stratégique de la DIRSI dans diverses situations.

Ces modèles sont présentés dans les paragraphes suivants en précisant comment ils ont guidé cette recherche doctorale.

Modèle intégratif du leadership stratégique

Le modèle « *An Integrative Model of Strategic Leadership* » proposé par Boal et Hooijberg (2000), chercheurs américains en gestion et en comportement organisationnel, a été développé à la suite d'une vaste recension des écrits portant sur le leadership stratégique dans les organisations. Ce modèle a été à la base des travaux de chercheurs en sciences de l'éducation (Davies et Davies, 2005; Davies et Davies, 2004, 2006). Chaque composante du modèle s'appuie sur des recherches empiriques ayant été réalisées par plusieurs auteurs (Cohen et Levinthal, 1990; Denison et al., 1995; Finkelstein et Hambrick, 1990; Hooijberg, 1996; Hooijberg et al., 1997). Ce modèle permet d'explorer dans quelles conditions, quand et comment les leaders stratégiques exercent un leadership stratégique efficace. Tel qu'illustré par la Figure 3 présentée à la page 45, le modèle de Boal et Hooijberg (2000) se compose de quatre éléments.

1. Le premier élément réfère aux trois capacités essentielles à la base du leadership stratégique efficace. Une capacité peut être définie comme l'habileté d'exécuter un travail (Davies et Davies, 2005). D'après Boal et Hooijberg (2000), le leadership stratégique requiert le développement et le maintien de ces trois capacités : la capacité

d'intégration liée à l'apprentissage, la capacité d'adaptation liée au changement de même que la capacité de gestion liée à l'environnement social et aux interrelations.

2. Le deuxième élément réfère aux théories émergentes du leadership qui comprennent : la cognition (*cognitive complexity*), le comportement (*behavioral complexity*) et l'intelligence sociale. Ces trois théories constituent les fondements du développement des trois capacités proposées par Boal et Hooijberg (2000), pour l'exercice du leadership stratégique. Ces auteurs soulignent qu'à leur tour, ces capacités ont un impact sur l'efficacité du leadership et sur l'efficacité organisationnelle.
3. Le troisième élément comprend les nouvelles théories du leadership qui mettent l'accent sur la dimension interrelationnelle du leader stratégique et de ses collaborateurs (Boal et Hooijberg, 2000). Ces théories réfèrent aux théories du leadership charismatique, transformationnel et visionnaire. Selon Boal et Hooijberg (2000), ces théories ont des effets modérateurs sur les trois capacités, soit la capacité d'adaptation, la capacité d'intégration et la capacité de gestion.
4. Finalement, le quatrième élément réfère à la relation entre les théories du leadership nouvelles et émergentes et les capacités. Boal et Hooijberg (2000) font valoir que les nouvelles théories du leadership renforcent la relation entre les théories émergentes et les capacités associées à l'exercice d'un leadership stratégique efficace menant à une efficacité organisationnelle.

Précisons que l'axe central de cette recherche doctorale porte sur les trois capacités associées à l'exercice du leadership stratégique proposées par le modèle de Boal et Hooijberg

(2000). Nous expliquons ci-après ces trois capacités de manière plus détaillée et leur utilisation dans la description du leadership stratégique de DIRSI.

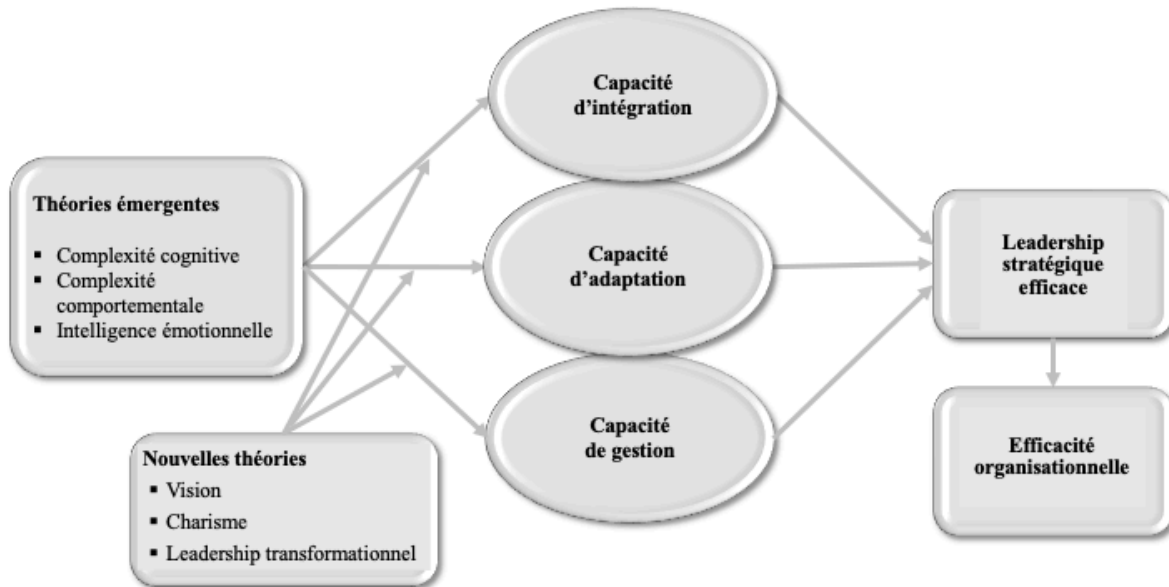


Figure 3. Modèle intégratif de leadership stratégique

(Traduction libre, Boal et Hooijberg, 2000, p. 534)

Capacité d'intégration

La capacité d'intégration est liée à l'habileté d'apprentissage (Boal et Hooijberg, 2000). Elle se définit comme la capacité de reconnaître une nouvelle information, de l'assimiler et de l'appliquer à d'autres finalités (Boal et Hooijberg, 2000; Cohen et Levinthal, 1990). Cette habileté réfère à l'acquisition de l'information sous toutes ses formes (connaissances, compréhension, savoir-faire, techniques ou pratiques) et à la capacité d'apporter des ajustements, des modifications ou des restructurations selon les situations.

La capacité d'intégration revêt donc un intérêt particulier parce qu'elle améliore l'apprentissage organisationnel soit la capacité d'une organisation complexe et ambiguë (Hambrick, 1989) à mobiliser les connaissances, l'expertise, les savoirs individuels et collectifs (Cohen et Levinthal, 1990) en vue d'améliorer la performance. Selon Boal et Hooijberg (2000), le leader stratégique est bien placé pour créer un contexte dans lequel l'apprentissage individuel, collectif et organisationnel peut avoir lieu. En d'autres mots, la capacité d'intégration réfère à la façon dont une personne donne un sens, organise l'information et fait des choix stratégiques qui influencent l'efficacité organisationnelle (Hooijberg et al., 1997).

En regard de la capacité d'intégration, Boal et Hooijberg (2000) proposent qu'un leader stratégique ayant une capacité cognitive élevée ait une meilleure capacité d'apprentissage, à condition d'avoir une vision claire quant à l'avenir de l'organisation. Cette vision permet d'anticiper les changements, de les examiner et de prendre les décisions en fonction de l'organisation (Boal et Hooijberg, 2000).

Du modèle de Boal et Hooijberg (2000) émergent deux propositions en lien avec la capacité d'intégration :

- Un leader stratégique qui a une compréhension approfondie des interrelations et de l'environnement organisationnel aura une plus grande capacité d'apprentissage que celui n'en ayant qu'une compréhension partielle (traduction libre, proposition 6, p. 535).
- Un leader stratégique qui a une complexité cognitive (*cognitive complexity*) et une vision claire de l'organisation aura une plus grande capacité d'apprentissage que celui

ayant une grande capacité cognitive, mais qui n'a pas de vision (traduction libre, proposition 9, p. 538).

Dans le cadre de cette recherche, la capacité d'intégration liée à l'habileté d'apprentissage permettra de décrire les interrelations de la DIRSI avec les différents collaborateurs et sa lecture des environnements, interne et externe. De plus, cette capacité permettra de décrire comment elle élabore et communique sa vision des soins infirmiers dans l'organisation.

Capacité d'adaptation

La capacité d'adaptation réfère à l'habileté de changer. Elle se définit comme l'habileté à accomplir de multiples rôles (Hooijberg, 1996) et d'avoir différents comportements permettant de s'adapter aux divers collaborateurs selon les situations et les contextes. Cette capacité s'avère importante parce qu'elle tend à augmenter la flexibilité et l'adaptation de l'organisation pour répondre aux exigences du contexte (Boal et Hooijberg, 2000). Une fois cette capacité développée, le véritable changement organisationnel a lieu (Boal et Hooijberg, 2000). L'habileté de changer requiert que le leader stratégique ait une capacité cognitive et comportementale lui permettant de reconnaître et de réagir de manière appropriée aux paradoxes, aux contradictions et à la complexité des environnements (Denison et al., 1995). Dans ce sens, plus la taille et la différenciation du réseau des relations du leader stratégique augmentent, plus le potentiel de contradiction et de paradoxe se complexifie (Denison et al., 1995; Hooijberg, 1996; Hooijberg et al., 1997).

Tout d'abord, la capacité d'adaptation se caractérise par l'habileté à accomplir de multiples rôles (Hart et Quinn, 1993). Les rôles du leader stratégique lui permettent de

répondre adéquatement à l'environnement (Hooijberg, 1996). De cette manière, le leader stratégique est capable d'impliquer et d'engager son réseau de relations dans les processus de changements organisationnels. À cet égard, Hooijberg (1996) note qu'un leader exerçant du leadership stratégique ayant un vaste répertoire de rôles, exercés fréquemment, est considéré comme étant plus efficace, tant par ses collaborateurs que par ses pairs et ses supérieurs. D'après Boal et Hooijberg (2000), le leader exerçant du leadership stratégique n'est pas seulement concerné par le fonctionnement interne de l'organisation, mais aussi par le rôle de celle-ci dans la communauté et dans la société. Ainsi, l'efficacité du leader stratégique sera assujettie à sa capacité de performer dans les différents rôles (Hooijberg, 1996).

Ensuite, la capacité d'adaptation implique que le leader stratégique gère un large réseau de relations incluant les dispensateurs des services (p. ex. : les supérieurs, les pairs, les collaborateurs) ainsi que les personnes qui les reçoivent (Hooijberg et al., 1997). Ce réseau est un déterminant qui influence les comportements et les rôles du leader stratégique (Hooijberg et al., 1997) et il sera plus susceptible de coopérer aux changements si ses attentes, ses intérêts et ses motivations sont tenus en compte. Par conséquent, le leader stratégique interagit presque simultanément avec de nombreux collaborateurs dans des contextes multiples changeant rapidement. Selon Boal et Hooijberg (2000), le leader stratégique n'a pas seulement besoin d'avoir un large répertoire de rôles, mais il doit aussi avoir l'habileté de les choisir avec soin, et ce, en fonction des situations et des interactions qu'il a avec son réseau de relations.

Du modèle de Boal et Hooijberg (2000) émergent deux propositions en lien avec la capacité d'adaptation :

- Un leader stratégique ayant une complexité comportementale élevée et exerçant un leadership de type transformationnel aura une plus grande capacité de changer (traduction libre, proposition 10, p. 538).
- Un leader stratégique ayant un comportement plus complexe aura une plus grande capacité de changer que le leader ayant une complexité comportementale limitée (traduction libre, proposition 7, p. 536).

Dans le cadre de cette recherche, une meilleure connaissance des rôles exercés par les DIRSI, en fonction de leur réseau de relations (collaborateurs, pairs, supérieurs), permettra de comprendre comment, d'une part, elles s'adaptent aux différents processus de changement (p. ex. : restructuration organisationnelle) et d'autre part, comment elles contribuent aux changements dans les établissements de santé. Les auteurs font des liens qui paraissent moins clairs entre la complexité comportementale, qui réfère à la capacité d'exercer plusieurs rôles, et la façon dont la vision, les valeurs et la finalité de l'organisation guident le leader stratégique.

Capacité de gestion

La capacité de gestion est liée à la compréhension de l'environnement social et des interrelations. Elle se définit comme une « action entreprise au bon moment, de manière appropriée et avec discernement » (Boal et Hooijberg, 2000, p. 532). Un élément qui caractérise la capacité de gestion réfère à l'intelligence sociale qui est un facteur clé sous-jacent à la compréhension et au discernement dans les relations interpersonnelles. En effet, les processus décisionnels, l'implantation des solutions, les changements organisationnels ainsi que l'émergence des problèmes sociaux sont rarement absents d'émotions (Boal et Hooijberg,

2000). Dans ce sens, Boal et Hooijberg (2000), citant Garner (1985) et Salovey et Mayer (1990), définissent l'intelligence sociale comme étant l'habileté du leader stratégique à remarquer et à différencier l'humeur, les motivations, les intentions et le tempérament des personnes, de même qu'à utiliser ces informations pour guider leur pensée, leurs actions ainsi que leurs choix stratégiques.

De plus, ces auteurs soulignent que le leader stratégique construit son intelligence sociale à travers les interactions avec le réseau de relations. Ils mentionnent également qu'un leader exerçant un leadership stratégique est plus susceptible de faire accepter les valeurs, les idées, les changements s'il est perçu par son réseau de relations comme étant charismatique. Le partage et l'acceptation des idées améliorent la connaissance et la perception du moment opportun pour apporter un changement ou pour la mise en place de conditions pouvant mener au changement.

Du modèle de Boal et Hooijberg (2000) émergent deux propositions en lien avec la capacité de gestion.

- Un leader stratégique ayant une intelligence sociale a une plus grande capacité de gérer que le leader ayant une intelligence sociale limitée (traduction libre, proposition 8, p. 537).
- Un leader stratégique ayant une intelligence sociale et ayant un style de leadership charismatique a une plus grande capacité à gérer (*managerial wisdom*) que le leader ayant une intelligence sociale, mais qui n'est pas charismatique (traduction libre, proposition 11, p. 539).

Dans le cadre de cette étude doctorale, une meilleure compréhension de la capacité de gérer l'environnement social de la DIRSI permettra, nous le souhaitons, d'analyser la façon dont elle interagit avec son réseau de relations et comment elle tient compte des motivations, des attentes et des intérêts de différents acteurs dans l'organisation et à l'extérieur de celle-ci. Également, cette capacité pourrait permettre à la DIRSI de s'assurer que les intérêts, les valeurs et les défis des soins infirmiers soient intégrés aux préoccupations de l'organisation.

Cadre stratégique du leadership

Le modèle « *Fitting Strategic Leadership Into the Strategic Framework* » élaboré par Hambrick (1989) guidera aussi cette étude. Il permettra d'illustrer les composantes professionnelles et organisationnelles de l'exercice du leadership stratégique de DIRSI. Ces éléments ne sont pas abordés dans le modèle de Boal et Hooijberg (2000). Même si ces auteurs réfèrent au rôle du contexte organisationnel, ils ne spécifient pas les composantes structurantes qui y sont associées. À cet effet, le modèle de Hambrick (1989) s'inscrit dans les travaux antérieurs de Hambrick et Mason (1984), portant sur la théorie des échelons supérieurs, identifiés par plusieurs auteurs comme ayant marqué un tournant dans l'étude du leadership stratégique (Boal et Hooijberg, 2000; Carter et Greer, 2013; Hambrick et Mason, 1984).

Le modèle de Hambrick (1989), tel qu'illustré à la figure 4, comprend trois principaux concepts soit : 1) le contexte qui comprend l'environnement et l'organisation, 2) l'organisation qui réfère à la stratégie, à la structure et aux processus et 3) la performance organisationnelle qui renvoie aux notions d'efficacité et d'efficience ainsi qu'à la réalisation des besoins.

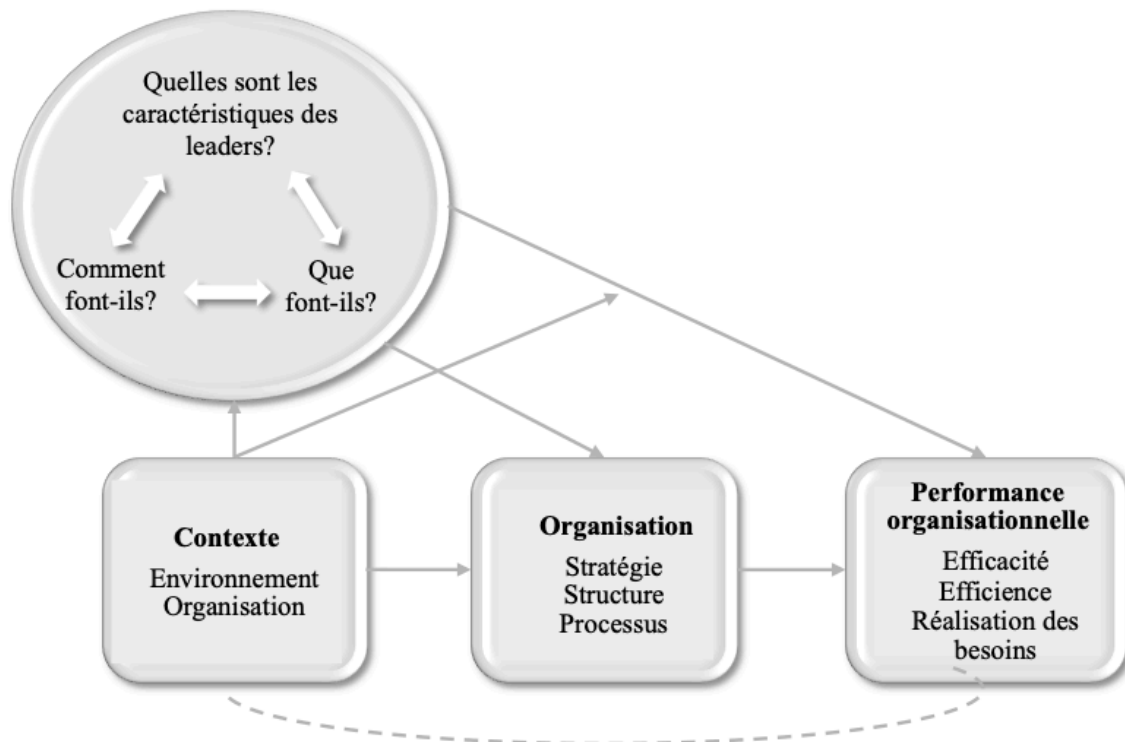


Figure 4. Cadre stratégique du leadership

(Traduction libre, Hambrick, 1989, p. 7)

Le modèle de Hambrick (1989) donne une vue globale du contexte, de l'organisation et de la performance organisationnelle qui peuvent contraindre ou favoriser l'exercice du leadership stratégique, selon les caractéristiques des leaders stratégiques (p. ex. : compétences, habiletés, formation), de ce qu'ils font (p. ex. : communiquer la vision, participer aux processus décisionnels, avoir une pensée stratégique) et comment ils le font (p. ex. : orientations, coordination, alliances, perception). Selon Hambrick (1989), les études portant sur les leaders stratégiques consolident la compréhension des situations organisationnelles complexes.

Schématisation des éléments guidant l'étude doctorale

Le cadre de référence de cette étude doctorale s'appuie sur les trois capacités associées au leadership stratégique de Boal et Hooijberg (2000) et sur des composantes de Hambrick (1989). De l'efficacité du leadership stratégique découle la qualité des soins infirmiers et l'efficacité organisationnelle contribuant ainsi à la performance organisationnelle. La figure 5 illustre la schématisation des éléments utilisés pour guider cette étude doctorale.

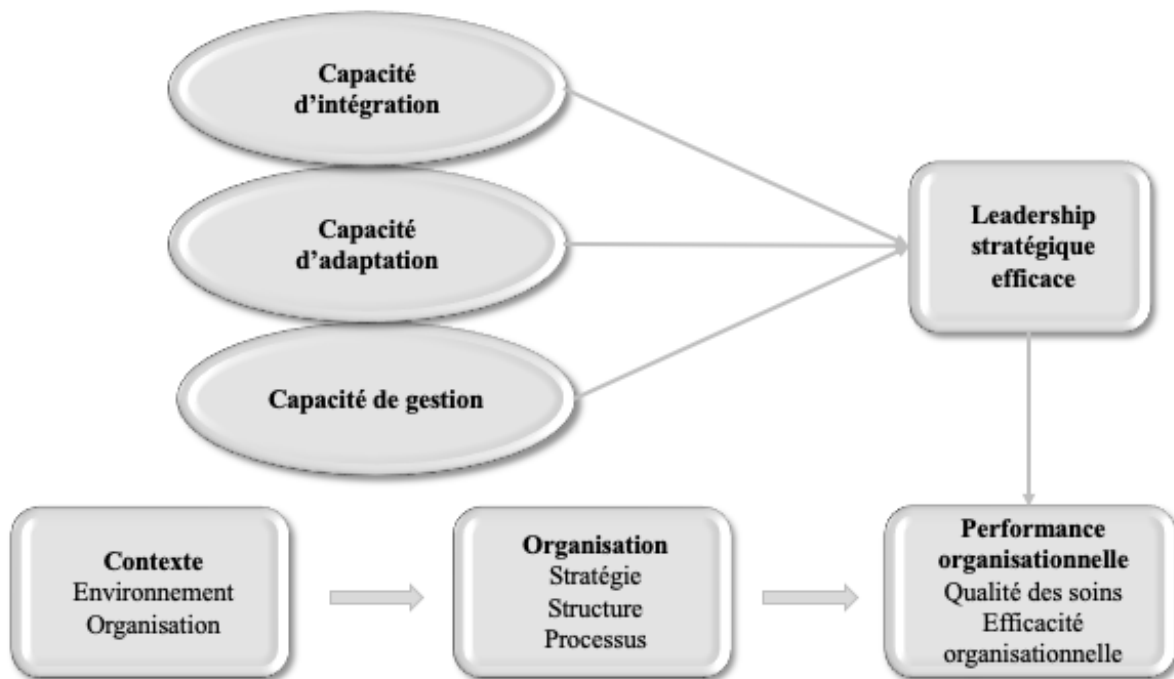


Figure 5. Schématisation des éléments guidant l'étude doctorale

En conclusion, ce chapitre a présenté l'état actuel des connaissances en commençant par la présentation du contexte des deux dernières réformes du réseau de la santé au Québec (Lois 25 et 10) et d'un bref rappel historique de la fonction et du mandat légal de la DIRSI. D'une part, ces réformes ont modifié la gouvernance et la structure organisationnelle des établissements de santé afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des soins et des services selon une approche populationnelle. D'autre part, elles ont généré des changements au sein des DIRSI en termes de gouvernance en soins infirmiers (hiérarchique et transversale), de structure, d'organisation, de composition sauf pour le mandat de la DSI qui est demeuré invariable au cours des différentes réformes.

Les écrits qui ont porté sur la qualité des soins et qui ont mené à la définir au regard du maintien et de l'amélioration continue des services afin de répondre aux besoins du client et des diverses parties prenantes tout en tenant compte de l'environnement (p. ex. : politique, social, économique et technologique) ainsi que les recherches portant sur les composantes structurantes (p. ex. : vision, processus décisionnels, changements, innovation, compétences, rôles et responsabilités) associées à l'exercice du leadership stratégique de DIRSI ont été présentés. Bien que plusieurs auteurs en sciences infirmières portent un intérêt soutenu et reconnaissent l'importante contribution des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau à la qualité des soins et à la performance organisationnelle, peu d'études empiriques concernant les DIRSI (p. ex. : DSI, DASI, CCSI, gestionnaires) ont été menées depuis les années 2000. Dans ce cadre, la description du leadership stratégique de DIRSI dans une visée de qualité des soins infirmiers à partir des trois capacités soit d'intégration, d'adaptation et de gestion Boal et Hooijberg (2000) et des composantes de Hambrick (1989), propose une perspective novatrice

dans le contexte d'une nouvelle gouvernance des soins infirmiers et d'une réforme majeure du réseau de la santé au Québec. Guidée par les connaissances théoriques et empiriques ainsi que par l'utilisation d'un cadre de référence que cette étude doctorale est entreprise à partir d'une méthodologie pertinente. C'est ce qui sera présenté dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 3
MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre aborde le cadre méthodologique permettant de répondre au but du projet de recherche, qui est de décrire l'exercice du leadership stratégique des DIRSI, dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec. Tout d'abord, le positionnement épistémologique, le choix du devis de recherche, la sélection du milieu, le recrutement des participantes, le type d'échantillonnage, le déroulement de l'étude et le processus de collecte et d'analyse des données sont décrits. Finalement, les critères de scientificité ainsi que les considérations éthiques sont exposés.

Positionnement épistémologique

La position épistémologique résulte d'un travail de réflexion continu et en constante évolution amorcé dès le début de ce projet de recherche doctorale. Le positionnement épistémologique de l'étudiante-chercheuse n'est pas neutre dans la mesure où cette dernière a déjà occupé un poste de DSI dans un CSSS et la fonction de directrice adjointe des soins infirmiers pour le volet des pratiques professionnelles (DASI-PP) dans un CIUSSS. Son expérience professionnelle lui a permis de développer un savoir tacite et explicite quant à l'exercice du leadership stratégique au sein d'une DIRSI. De plus, elle était quotidiennement confrontée aux enjeux cliniques, professionnels, managériaux et organisationnels inhérents à ses fonctions hiérarchiques et transversales. Les points d'ancrage de cette recherche - eu égard aux expériences professionnelles antérieures et aux propres points de vue de l'étudiante-chercheuse - ont influencé l'élaboration de la problématique, les choix méthodologiques ainsi que sa position épistémologique. Ainsi, trois éléments constituent le fondement de cette position dans le cadre de cette étude qualitative de type descriptif : 1) l'importance du point de vue des participantes, 2) l'utilisation d'un modèle pour guider l'étude et 3) la recherche des

points de vue, des opinions, des idées, des convergences et des divergences selon la perspective des participantes (Sandelowski, 2010).

L'étude descriptive implique la recherche de l'opinion et des points de vue des participantes dans un contexte donné. La description des données colligées auprès des participantes par des perceptions, des inclinaisons et de la sensibilité de l'étudiante-chercheure qui est la personne qui les décrit (Sandelowski, 2000). La façon dont l'étudiante-chercheure se sert de sa propre expérience professionnelle pour aborder l'objet de recherche reflète ses apprentissages et ses influences (Sandelowski, 2010).

Les études descriptives de type qualitatif peuvent être guidées par un modèle permettant de collecter et d'analyser des données en laissant émerger de nouvelles connaissances (Sandelowski, 2000). Selon Sandelowski et Barroso (2002) et Sandelowski (2010), aucun chercheur ne part sans avoir des idées ou des opinions en regard d'un objet d'étude. De ce fait, l'étudiante-chercheure fait le choix intentionnel d'utiliser certains éléments tirés du modèle de Boal et Hooijberg (2000) et de celui de Hambrick (1989) pour guider l'étude de l'expérience de la DIRSI, quant à l'exercice du leadership stratégique.

Toute recherche qualitative implique une description et toute description implique une interprétation des données (Sandelowski, 2010). La recherche qualitative de type descriptif demeure interprétative (Sandelowski, 2000, 2010; Sandelowski et Barroso, 2002), car les données ne peuvent pas parler d'elles-mêmes. Ce type de recherche requiert d'utiliser les données pour aller plus loin que la simple reproduction de celles-ci (Sandelowski, 2010). Le mandat, pour l'étudiante-chercheure est de rendre explicite, pour elle-même et pour les

lecteurs, l'état des connaissances avant d'entreprendre l'étude et d'être disposée à aller aussi loin que l'interprétation des données le requiert (Sandelowski, 2010).

Devis de recherche

Il s'agit d'une étude descriptive de type qualitatif (Sandelowski, 2000, 2010) visant à comprendre comment les DIRSI décrivent l'exercice du leadership stratégique, dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé au Québec. Comme mentionné dans le chapitre précédent Boal et Hooijberg (2000) soulignent que l'exercice de ce type de leadership passe par le développement des trois capacités qui lui sont associées soit les capacités : d'intégration liée à l'apprentissage, d'adaptation liée au changement et de gestion liée à l'environnement social des interrelations. Le devis choisi permet : 1) d'obtenir une description riche et détaillée du leadership stratégique de la DIRSI, 2) d'utiliser un modèle pour guider la collecte et l'analyse des données, 3) de fournir des informations contextuelles et stratégiques de nature professionnelle et organisationnelle, en regard de l'exercice du leadership stratégique (Sandelowski, 2000, 2010) et 4) d'explorer le qui, le quoi et le comment s'exerce le leadership stratégique, à partir de la perspective et des opinions des participantes (Sandelowski, 2000, 2010).

Un devis de recherche descriptif qualitatif se distingue par le fait que l'étudiante-chercheuse ne choisit pas délibérément de décrire l'objet à partir d'une conception philosophique donnée. L'étudiante-chercheuse décrit les points de vue, les préoccupations, les réactions, les opinions que les participantes partagent, en regard de l'exercice du leadership stratégique, selon leur perspective (Sandelowski, 2000). Ce devis revêt également une

dimension interprétative, en ce sens que c'est l'étudiante-chercheure qui organise et présente les résultats de son analyse, pour répondre aux questions de recherche (Sandelowski, 2010).

Sélection des milieux

La sélection des milieux a été réalisée parmi les 34 établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec soit : les 13 CISSS, les neuf CIUSSS, les sept établissements non fusionnés, incluant des CHU et des IU, ainsi que les cinq établissements non visés par la LMRSSS, desservant une population nordique et autochtone. Tous ces établissements sont d'une grande complexité; ils sont confrontés de plus à d'importants changements structurels et organisationnels, à la suite de l'adoption de la LMRSSS en 2015. De fait, ce contexte de changement présente des conditions susceptibles de permettre une description riche et détaillée des capacités associées à l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI.

Recrutement des participantes³

La population cible de cette étude a été constituée des DIRSI des 34 établissements du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Les participantes sont des cadres infirmiers, supérieurs et intermédiaires, responsables de la réalisation du mandat de la DIRSI dans les établissements de santé. Ces participantes devaient répondre aux critères de sélection suivants :

1. Occuper un poste à temps complet dans une DIRSI;

³ Dans les chapitres 4 et 5, le genre féminin est utilisé comme générique, dans le seul but de respecter l'anonymat des participantes.

2. Occuper un poste à titre de :
 - Directrice des soins infirmiers (DSI);
 - Directrice adjointe, volet des opérations (DASI-OP);
 - Directrice adjointe, volet des pratiques professionnelles (DASI-PP);
 - Conseillère-cadre en soins infirmiers (CCSI);
 - Gestionnaire (d'unité, de services).
3. Être reconnue par la DSI comme un acteur contribuant à l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI;
4. Accepter de participer volontairement à la recherche;
5. Être membre en règle de l'OIIQ.

Lors du recrutement, l'étudiante-chercheure a fait deux relances ciblées, pour deux sous-groupes en particulier soit les DSI et les gestionnaires, afin d'améliorer la représentativité de l'échantillon. De ce fait, la collecte des données a été réalisée auprès de 35 participantes. De ce nombre, quatre participantes ont participé seulement aux groupes de discussion, 11 ont seulement participé aux entrevues individuelles et 20 ont participé, tant aux groupes de discussion qu'aux entrevues individuelles. À noter que des précisions sont apportées dans la section de la collecte des données en regard de la participation des participantes.

Échantillon

Dans le cadre de cette étude, le processus d'échantillonnage est intentionnel (Patton, 1990). Cela signifie que l'étudiante-chercheure a sélectionné des participantes de DIRSI issues des divers établissements de santé, afin de maximiser les possibilités de collecter des données

pertinentes (Sandelowski, 1995). La constitution de l'échantillon a tenu compte de deux éléments nécessaires à la sélection des participantes : la fonction stratégique exercée au sein de la DIRSI et la diversité des milieux. De fait, l'échantillon intentionnel anticipé était de 30 participantes, soit environ 10 personnes pour les trois sous-groupes suivants : 1) directrice des soins infirmiers, 2) directrice adjointe des soins infirmiers (volet opérationnel et volet des pratiques professionnelles) et 3) cadres infirmiers intermédiaires (conseillère-cadre en soins infirmiers et gestionnaire). Ainsi, le nombre total de personnes qui ont participé à l'étude était de 35. Ces 35 participantes sont issues de 18 DIRSI des 34 établissements de santé, soit une participation d'un peu plus de la moitié (53 %) des DIRSI du Québec. Le tableau 1 présente le nombre total de participantes.

Tableau 1

Nombre total de participantes

Fonction	Nombre anticipé	Nombre réel
DSI	10	11
DASI-OP	5	5
DASI-PP	5	6
CCSI	5	5
Gestionnaires	5	8
TOTAL	30	35

Déroulement de l'étude

Suivant l'obtention du certificat d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal (Annexe A), l'étudiante-chercheure a demandé, via sa directrice de

doctorat, l'autorisation de faire une brève présentation du projet de recherche doctorale à la Table nationale de coordination des soins et services infirmiers du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette table est une instance qui réunit l'ensemble des DSI du Québec. L'étudiante-chercheure a regroupé autour de quatre étapes les actions réalisées pour que la sélection des participantes soit représentative, à la fois des différentes fonctions des membres de la DIRSI et des types d'établissements de santé.

Premièrement, l'étudiante-chercheure a présenté le projet de recherche lors d'une rencontre tenue par conférence téléphonique, permettant ainsi de débiter le recrutement des participantes potentielles. Elle a fait parvenir, via courriel, aux DSI une lettre pour solliciter leur participation au projet de recherche (Annexe B) une semaine avant la conférence téléphonique par l'intermédiaire de l'agente administrative de la Table. Lors de la présentation au comité, l'étudiante-chercheure a demandé la collaboration des DSI pour faire parvenir cette lettre aux membres de leur direction afin de solliciter la participation au projet de recherche en respectant les critères de sélection du projet. L'étudiante-chercheure a informé les DSI que leur participation était volontaire et qu'aucune conséquence négative était anticipée de la participation ou de la non-participation à l'étude. Finalement, les DSI ont été informées que les participantes intéressées devaient contacter l'étudiante-chercheure par courriel ou par téléphone.

Deuxièmement, l'étudiante-chercheure a pris rendez-vous, par courriel ou par téléphone avec les participantes intéressées l'ayant contactée. Lors de ce rendez-vous, l'étudiante-chercheure a expliqué, à la participante, de façon détaillée, le projet de recherche, le déroulement de l'étude, le processus de sélection pour les entrevues des groupes de discussion

et des entrevues individuelles. Elle a validé l'intérêt à participer à l'étude, la disponibilité et a répondu aux questions. L'étudiante-chercheuse a envoyé deux semaines avant la tenue du groupe de discussion ou de l'entrevue individuelle, le formulaire d'information et de consentement (Annexe C) et le formulaire sociodémographique (Annexe D). Les participantes ont été informées de retourner le formulaire d'information et de consentement signé avant de participer aux groupes de discussion ou aux entrevues individuelles ainsi que de remplir et retourner le formulaire sociodémographique à l'étudiante-chercheuse par courriel.

Troisièmement, l'étudiante-chercheuse a procédé à la planification de la tenue de groupes de discussion. Tout d'abord, elle a constitué trois groupes de discussion comprenant entre 8 et 10 participantes par groupe tout en respectant l'homogénéité des fonctions (Krueger et Casey, 2009). L'étudiante-chercheuse a assigné à chaque participante un numéro de 1 à 10 selon la date d'inscription et à chaque groupe de discussion un code connu seulement par cette dernière. Ensuite, elle a transmis aux participantes par courriel individuel ou par téléphone l'information relative à la tenue des groupes de discussion soit : la date, l'heure, le lieu et, le cas échéant, le support technologique. Une fois le premier groupe de discussion complété, l'étudiante-chercheuse a poursuivi le recrutement pour les deux autres groupes (Krueger et Casey, 2009).

Quatrièmement, l'étudiante-chercheuse a procédé à la sélection des participantes aux entrevues individuelles semi-structurées. Tout d'abord, elle a sollicité les participantes parmi les cinq premières à s'être inscrites dans chacun des groupes de discussion. Dans l'éventualité où une participante était dans l'impossibilité de participer à l'entrevue, l'étudiante-chercheuse contactait les personnes qui s'étaient portées volontaires parmi les cinq dernières participantes

jusqu'à concurrence du nombre anticipé de 30 entrevues individuelles. Afin d'assurer le nombre visé, l'étudiante-chercheure a réalisé deux relances ciblées auprès de deux sous-groupes (DSI et gestionnaires) pour assurer la représentativité des fonctions et des milieux. Ensuite, l'étudiante-chercheure a rencontré les participantes à l'heure et à l'endroit de leur convenance, en personne, par téléphone ou par un autre support technologique sécurisé (p. ex. : *Facetime*).

Collecte des données

La collecte des données de cette recherche s'est échelonnée sur une période de cinq mois, soit d'août 2017 à décembre 2017. Elle a été réalisée en combinant quatre sources soit : des groupes de discussion, des entrevues individuelles semi-structurées (Sandelowski, 2000, 2010), un questionnaire sociodémographique et une analyse documentaire.

La collecte des données a débuté par la mise en place des trois groupes de discussion permettant à l'étudiante-chercheure de comparer et de contraster les points de vue des participantes, à partir du partage de leurs idées, de leurs opinions et de leurs perceptions (Krueger et Casey, 2009; Sandelowski, 2000, 2010) de l'exercice du leadership stratégique de DIRSI. Par la suite, la collecte des données a été suivie des entrevues individuelles semi-structurées, laissant aux participantes toute la latitude de clarifier et de partager leurs idées, leurs opinions et leurs expériences (Morse et Field, 1995) sur comment elles exercent du leadership stratégique dans leur quotidien. Cette combinaison a favorisé une description détaillée du leadership stratégique exercé par les DIRSI, au sein des établissements de santé.

Un questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques a été rempli par chaque participante. Ce formulaire renseigne sur le sexe, l'âge, le poste occupé, la formation

académique, le type d'établissement et l'expérience professionnelle (nombre d'années d'exercice dans la profession, nombre d'années dans le réseau de la santé ainsi que dans l'établissement). Ces données ont permis d'établir un portrait des caractéristiques des participantes à l'étude. Il s'agit de facteurs soulevés par quelques autres études empiriques (Clavelle et al., 2012; Jeffs et al., 2019; Prufeta, 2017) portant sur une ou des composantes structurantes associées à l'exercice du leadership stratégique.

Groupe de discussion

Le groupe de discussion vise à colliger des données qualitatives auprès d'un petit groupe de personnes (N=7-10), qui partagent leurs opinions, leurs idées, leurs points de vue sur un sujet, à travers un débat ciblé permettant de comprendre l'objet à l'étude (Krueger et Casey, 2009; Morse et Field, 1995; Sandelowski, 2000, 2010). Un guide d'entrevue (Annexe E) a été élaboré à partir de certains éléments tirés du modèle de Boal et Hooijberg (2000) et de celui de Hambrick, 1989). Le guide d'entrevue a permis de ramener la discussion à l'objet de recherche, tout en laissant libre l'expression des différents points de vue des participantes. Le guide a été validé auprès d'une DSI ayant exercé pendant plusieurs années dans le réseau de la santé du Québec et qui s'était retirée récemment. Cette dernière a révisé la séquence logique des questions ainsi que leur clarté (Krueger et Casey, 2009; Morse et Field, 1995). Également, la directrice et la codirectrice de thèse ont validé le guide d'entrevue de groupe. Cette étape s'est avérée importante pour permettre à l'étudiante-chercheure de collecter des données qui lui ont permis de répondre adéquatement aux questions de recherche et de se préparer à l'animation des groupes de discussion (Krueger et Casey, 2009).

Dans le cadre de la présente recherche, les trois groupes de discussion ont eu lieu à un intervalle de deux semaines entre le mois d'août et le mois de septembre 2017. La durée de chacun des groupes de discussion a été de 90 minutes et ils ont été tous réalisés à l'extérieur du lieu de travail des participantes. Deux des trois groupes de discussion se sont déroulés par visioconférence, afin de permettre la participation des DIRSI à l'extérieur de la région urbaine de Montréal. Ces visioconférences ont été planifiées et coordonnées avec le soutien d'un technicien de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Les discussions ont été enregistrées en version audionumérique. Au début de chaque groupe de discussion, les participantes ont été informées du caractère confidentiel de leurs propos et de la possibilité d'arrêter à tout moment l'enregistrement.

Au total, vingt-quatre (n=24) des trente-cinq (N=35) participantes ont pris part aux groupes de discussion. Pour le groupe de discussion-DSI, 10 participantes ont accepté de participer en présentiel. De ce nombre, trois participantes se sont désistées en raison de contraintes de temps. Une de ces participantes a accepté de participer en entrevue individuelle. Pour le groupe de discussion-DASI, 10 participantes ont accepté de participer, dont deux en présentiel et huit par visioconférence. À noter que deux participantes n'ont pas pu se joindre à la visioconférence, en raison de problèmes techniques hors du contrôle de l'étudiante-chercheuse et du technicien. Ces deux participantes ont pu participer aux entrevues individuelles par la suite. Finalement, pour le groupe de discussion-conseillères-cadres et gestionnaires, 10 participantes ont accepté de participer par visioconférence, dont une qui a toutefois dû annuler sa participation en raison d'obligations familiales. Le tableau 2 de la page suivante présente le nombre de participantes aux groupes de discussion.

Tableau 2.

Nombre de participantes aux groupes de discussion

Participant	Acceptés	Contraintes	Présentiel	Visioconférence	Total
DSI	10	3	7	-	7
DASI	10	2	2	6	8
CCSI	5	1	-	4	4
GEST	5	-	-	5	5
Total	30	6	9	15	24

Considérant sa connaissance des différentes fonctions de la DIRSI dans le contexte d'implantation de la LMRSSS dans les organisations de santé, l'étudiante-chercheuse a fait l'animation des trois groupes de discussion, tout en souhaitant être accompagnée d'observatrices-accompagnatrices. Cet accompagnement lui a permis de se concentrer pleinement dans l'animation du groupe de discussion, d'être assistée dans la logistique et de faire un débriefing à la suite du groupe de discussion (Krueger et Casey, 2009). Trois observatrices-accompagnatrices, dont une professeure et deux doctorantes en sciences infirmières, ont secondé l'étudiante-chercheuse pour chacun des trois groupes de discussion.

Une prise de notes de type descriptif a été réalisée par une observatrice-accompagnatrice pendant le groupe de discussion, pour identifier les idées en relation avec le guide d'entrevue, en notant toute autre idée générée par les participantes (Morse et Field, 1995). Un débriefing a été fait à la fin de chaque groupe de discussion entre l'observatrice-accompagnatrice et l'étudiante-chercheuse afin de faire une synthèse de la discussion, d'en dégager les principaux thèmes et idées exprimées par les participantes, d'identifier les difficultés rencontrées (p. ex. :

le problème technique de branchement lors du premier groupe de discussion a été discuté et réglé avec le technicien) et les avenues d'amélioration pour les questions du guide d'entretien et la tenue des groupes de discussion ultérieurs. Pour le groupe de discussion des directrices adjointes, le débriefing entre l'observatrice-accompagnatrice et l'étudiante chercheuse n'a pas été enregistré à cause d'un problème technique. Cependant, il a été rédigé par écrit par l'observatrice-accompagnatrice et transmis à l'étudiante-chercheuse par courriel. Pour les groupes de discussion des directrices des soins infirmiers et des conseillères-cadres en soins infirmiers et gestionnaires, les débriefings ont été enregistrés en version audionumérique, avec le consentement verbal des observatrices-accompagnatrices. Les verbatim des trois groupes de discussion ainsi que les deux débriefings enregistrés ont été transcrits intégralement par une personne recrutée par l'étudiante-chercheuse, en vue de l'analyse ultérieure.

Entrevue individuelle semi-structurée

Dans le contexte de cette étude, l'entrevue individuelle semi-structurée, complémentaire au groupe de discussion, a permis d'approfondir auprès des participantes leurs opinions, leurs réalités et leurs expériences (Morse et Field, 1995) en lien avec l'exercice du leadership stratégique de DIRSI au sein des établissements de santé. La réalisation des entrevues semi-structurées après la tenue du groupe de discussion a permis aux participantes de s'exprimer et de décrire en toute liberté, par des exemples concrets liés à leur pratique de gestion, quand et comment elles sont en mesure d'exercer leur leadership stratégique dans leurs organisations (Morse et Field, 1995). Également, cela a permis de revenir sur certains sujets pouvant être plus difficiles ou plus sensibles à la discussion en grand groupe.

Un guide d'entrevue (Annexe F) a été élaboré à partir de certains éléments tirés du modèle de Boal et Hooijberg (2000) et de celui de Hambrick (1989). Les entrevues ont été réalisées par l'étudiante-chercheure à partir des questions ouvertes, auxquelles se sont ajoutées des questions d'approfondissement en cours d'entretien, en laissant aux participantes toute la liberté de répondre (Morse et Field, 1995). Tout comme pour le guide d'entrevue pour les groupes de discussion, ce deuxième guide a été testé et validé auprès d'une DSI ayant exercé pendant plusieurs années dans le réseau de la santé. Ce guide a été bonifié suite à la réalisation des groupes de discussion, afin d'approfondir certains aspects, d'explorer et de valider des thèmes ayant été moins abordés par les participantes lors des groupes de discussion. La directrice et la codirectrice de thèse ont revu et corrigé le guide d'entrevue individuelle avant et après la tenue des groupes de discussion. Selon Morse et Field (1995), cette étape est importante lors de la préparation d'une entrevue semi-structurée pour s'assurer que les données colligées fourniront des informations d'intérêt et pertinentes pour répondre aux questions de recherche.

Au début de chaque entrevue, les participantes ont été informées du caractère confidentiel de leurs propos et de la possibilité d'arrêter à tout moment l'enregistrement. L'entrevue individuelle semi-structurée de chaque participante s'est déroulée à l'endroit, à l'heure et, le cas échéant, avec le support technologique choisi par la participante. D'une durée de 45 à 90 minutes, chaque entrevue a été enregistrée en version audionumérique avec l'accord des participantes. Les verbatim des entrevues individuelles semi-structurées ont été transcrits intégralement par une personne embauchée par l'étudiante-chercheure, en vue de l'analyse ultérieure.

Au total, trente-et-une (n=31) des trente-cinq (N=35) participantes ont pris part aux entrevues individuelles semi-structurées. De ce nombre, deux personnes ont participé par appel vidéo, sept ont participé en présentiel et 22 personnes ont participé par téléphone. Pour le sous-groupe de DSI, en raison des agendas, trois relances par courriel ont été nécessaires lors du recrutement, pour atteindre le nombre ciblé de participantes pour cette catégorie. De fait, 14 DSI ont accepté de participer, toutefois, quatre DSI se sont désistées en raison des contraintes d’agenda. Pour le sous-groupe de DASI, en raison d’un chevauchement d’agenda lors de la planification, une participante a été ajoutée. Le recrutement des gestionnaires a nécessité deux relances pour favoriser la diversité des fonctions. Une de ces participantes était en cumul des fonctions (gestionnaire et CCSI). Le tableau 3 présente le nombre de participantes aux entrevues individuelles semi-structurées.

Tableau 3.

Nombre de participantes aux entrevues semi-structurées

Participant	Acceptées	Contrainte	Présentiel	Téléphone	Appel vidéo	Total
DSI	14	4	4	5	1	10
DASI	11	-	3	7	1	11
CCSI	4	-	-	4	-	4
Gestionnaires	6	-	-	6	-	6
Total	35	4	7	22	2	31

Analyse documentaire

L’étudiante-chercheure a complété la collecte des données en consultant des documents publics des DIRSI disponibles sur les sites WEB des dix-huit établissements de santé où exercent les participantes à cette étude. Lors de la consultation des sites WEB, l’étudiante-

chercheure a tenté de repérer des documents portant sur : la vision, l'organigramme, la planification stratégique et l'offre de services de DIRSI. Une grille pour compiler les données a été élaborée (Annexe G). Aucune donnée nominative ne peut identifier les sites WEB des établissements ayant été consultés pour préserver l'anonymat des participantes à l'étude.

Journal de bord

L'étudiante-chercheure a tenu un journal de bord (Morse et Field, 1995) dans lequel elle a consigné, suite aux groupes de discussion et aux entrevues ses notes de terrain, ses idées, ses réflexions, ses observations et ses impressions sur la recherche, tout au long du processus de collecte et d'analyse des données.

Analyse des données

L'analyse de contenu est la méthode d'analyse privilégiée dans une recherche qualitative de type descriptif (Sandelowski, 2000, 2010). Elle a été réalisée selon la méthode d'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2012) qui vise à rendre compte des témoignages des participantes et de les mettre en perspective. Cette méthode comprend deux fonctions : une fonction de repérage qui consiste à relever tous les thèmes pertinents à partir des données colligées, et une fonction de documentation qui permet d'établir les grandes tendances, les oppositions ou les divergences entre les thèmes qui vont se matérialiser dans un arbre thématique (Paillé et Mucchielli, 2012). Elle comprend trois étapes soit : la codification, la catégorisation, la mise en relation et l'arborisation. Une étape de préparation du matériel a été préalable à l'analyse des données. Ces étapes sont présentées dans les prochains paragraphes.

Étape de préanalyse

Les données des groupes de discussion et des entrevues individuelles semi-structurées ont été enregistrées intégralement en version audionumérique, par une personne recrutée par l'étudiante-chercheure. Les étapes proposées par Krueger et Casey (2009) ont servi de guide pour la préanalyse des données des groupes de discussion (p. ex. : débriefing, bref résumé du groupe de discussion, identification des éléments nécessitant un approfondissement ou une complétion lors d'un prochain groupe de discussion). La transcription a été faite en concomitance avec la collecte des données. L'étudiante-chercheure a vérifié la qualité de la transcription de l'ensemble des verbatim des groupes de discussion et des entrevues, en écoutant les enregistrements et en apportant les corrections au besoin. Le logiciel d'analyse qualitative QDAMiner 4.1.16 a été utilisé pour organiser et gérer les données.

Codification

La codification des données consiste à dégager, relever, nommer, résumer et thématiser les données empiriques (Paillé et Mucchielli, 2012). Il importe de préciser que l'étudiante-chercheure a procédé à la codification des groupes de discussion, avant de procéder à celle des entrevues individuelles semi-structurées. Les étapes proposées par Paillé et Mucchielli (2012) ont servi de guide. La codification a été validée par la directrice et la co-directrice de thèse. Le tableau 4, présenté à la page suivante, illustre la structure dont l'étudiante-chercheure s'est dotée afin de procéder de façon systématique, progressive et itérative, à l'analyse thématique.

Tableau 4.

Structure de fonctionnement pour l'analyse thématique

Étapes	Actions
1	Lecture et relecture des entrevues
2	Transfert des entrevues dénominalisées à QDAMiner 4.1.16 pour procéder à la codification initiale des entrevues
3	Identification des thèmes et des sous-thèmes
4	Organisation des thèmes (hiérarchisation, regroupements) en fonction des questions de recherche et du cadre de référence
5	Élaboration des relevés de thèmes
6	Rédaction d'un cahier de suivi des thèmes pour documenter les regroupements, les fusions en regard des thèmes retenus
7	Révision et codification des rapports de segments de thèmes tirés du logiciel QDAMiner 4.1.16
8	Élaboration des schémas et des diagrammes par thème
9	Analyse des relevés de thèmes pour progresser pas à pas vers la constitution de l'arbre thématique

Dans un premier temps, l'étudiante-chercheure a lu à plusieurs reprises les verbatim des entrevues réalisées auprès des participantes, et a débuté l'élaboration des relevés de thèmes pour documenter systématiquement les thèmes retenus et les illustrer par des verbatim pertinents. Pour garantir l'anonymat, l'étudiante-chercheure a utilisé pour identifier les verbatim : 1) la fonction de la participante et un code numérique de 1 à 10 et 2) le nom du groupe de discussion. L'exemple présenté dans le tableau 5 illustre l'analyse progressive que l'étudiante-chercheure a réalisée lors du relevé de thèmes portant sur l'influence de la DIRSI dans les processus décisionnels.

Tableau 5.
Exemple de processus décisionnels

Processus décisionnels				
Axes thématiques	Regroupements possibles	Thèmes	Rubrique	Verbatim
Influence des DIRSI dans les processus décisionnels	Décisions au niveau stratégique (comité de direction)	Pas de participation dans les décisions « <i>top-down</i> »	Décisions	« on a des décisions qui descendent « <i>top-down</i> » (Groupe de discussion - DSI)
		Influence limitée dans les décisions stratégiques		« je suis dans toutes les décisions stratégiques de l'organisation comme DSI » (Groupe de discussion - DSI) « on n'est pas toujours aux décisions stratégiques c'est clair » (Groupe de discussion - DSI)
	Décisions hiérarchiques (p. ex. : Gestion de services) et transversales (p. ex. : Implantation d'un programme de soins)	Beaucoup d'influence dans les décisions hiérarchiques		« les décisions hiérarchiques sont prises par les soins infirmiers. » (Groupe de discussion - CCSI-Gest.)
		Beaucoup d'influence dans les décisions d'approbation		« il y a d'autres directions qui, tout ce qu'elles veulent avoir c'est un stamp DSI Approved , donc elles arrivent très tardivement » (Groupe de discussion - CCSI-Gest.)
		Influence partagée dans les décisions concertées		« On parle de tout, les décisions, les dossiers qu'on a à prendre qui ont un impact plus global dans tout le territoire » (Entrevue CCSI-8)

Tout d'abord, l'étudiante-chercheure a utilisé des rubriques classificatoires (p. ex. : décisions) et des thèmes pertinents guidés à partir des questions de recherche et de certains éléments tirés de deux modèles (Boal et Hooijberg, 2000; Hambrick, 1989) lui permettant de

faire un premier classement du matériel colligé. Ensuite, l'étudiante-chercheure a identifié la rubrique par un mot-clé souligné en gras afin de pouvoir l'identifier plus efficacement lors des lectures subséquentes « *je suis dans toutes les **décisions** stratégiques de l'organisation, comme DSI* » (*Groupe de discussion-DSI*). Par la suite, une fois le matériel organisé, l'étudiante-chercheure a procédé à identifier les thèmes (p. ex. : pas de décision, décision hiérarchique, décision d'approbation) l'un après l'autre pour dégager des regroupements thématiques (p. ex. : les décisions de niveau stratégique), les divergences ou les convergences d'opinions des participants en regard d'un thème.

En concomitance, l'étudiante-chercheure a généré une première liste de codes organisée selon les principales capacités associées à l'exercice du leadership stratégique (Boal et Hooijberg, 2000) et des composantes organisationnelles et professionnelles (Hambrick, 1989), à l'aide de QDAMiner 4.1.16. Lors de la codification initiale, l'étudiante-chercheure a révisé les rapports de codes générés à partir de QDAMiner 4.1.16. Cette révision a permis de valider la congruence des codes et d'en faire émerger des nouveaux. Les décisions prises par l'étudiante-chercheure, suite à la révision du codage thème par thème, ont été inscrites dans un cahier de suivi des thèmes. Par la suite, elle a validé la démarche de codification auprès de la directrice et de la codirectrice de thèse, afin de la réajuster au besoin. Suite à la validation, l'étudiante-chercheure a débuté la codification des entrevues individuelles semi-structurées en suivant l'ordre par fonction suivant soit : les directrices des soins infirmiers, les directrices adjointes des soins infirmiers, les conseillères-cadres en soins infirmiers et les gestionnaires.

Catégorisation

La catégorisation ou la thématisation constitue la principale opération de l'analyse qualitative des données (Paillé et Mucchielli, 2012). Dans cette étape, l'étudiante-chercheure a débuté, selon une démarche de thématisation en continu, la révision de tous les rapports de segments de thèmes et la validation de relecture de tous les relevés de thèmes générés par QDAMiner 4.1.16. Cette étape a permis à l'étudiante-chercheure de parcourir les relevés de thèmes, en faisant des allers-retours constants. Ensuite, l'étudiante-chercheure a établi les premières relations entre les regroupements thématiques et identifié les thèmes parents, convergents, divergents et complémentaires. Le tableau 6 illustre quelques exemples.

Tableau 6.

Exemples de regroupements thématiques

Parents	Convergents	Divergents	Complémentaires
Harmonisation des pratiques professionnelles	Imputabilité de la qualité des soins infirmiers	Reconnaissance de l'expertise de la DIRSI (experte de contenu)	Influence de la DIRSI dans les processus de décisions
Amélioration de la qualité des soins infirmiers	Rôle transversal en lien avec la qualité des soins infirmiers	Incapacité à maintenir à jour les connaissances avancées en soins infirmiers	Collaboration dans le partage de la prise de décision
Implanter des innovations	Lien fonctionnel avec les directions programmes-services		

Mise en relation et arborisation

La mise en relation des catégories consiste à s'engager systématiquement à trouver des liens qui ont commencé à s'imposer d'eux-mêmes, tout au long du processus d'analyse. L'étudiante-chercheure a procédé à la schématisation des regroupements thématiques (Paillé et Mucchielli, 2012), ce qui signifie établir des liens conceptuels entre les différents thèmes. Par exemple, dans le cas de l'influence de DIRSI dans les processus décisionnels, nous avons établi divers liens entre les types de décisions, les niveaux de décisions, la capacité d'influence de la DIRSI. Il importait de conserver la possibilité de modifier, de peaufiner, de fusionner des thèmes, et ce, jusqu'à l'analyse de l'ensemble des entrevues. À titre d'exemple, l'étudiante-chercheure a eu à réajuster certains regroupements pour la capacité de gestion (p. ex. : la description du développement des alliances). De plus, l'étudiante-chercheure a élaboré un schéma (Annexe H) et un diagramme (Annexe I) qui représente la synthèse du regroupement thématique, associé à l'un des résultats de l'étude.

Critères de scientificité

La rigueur d'une recherche est requise afin de prévenir les erreurs de nature constante ou intermittente (Morse et Field, 1995). Dans la présente étude de type qualitatif, les critères de Lincoln et Guba (1985) ont été utilisés soit : la crédibilité, la fiabilité, la neutralité et la transférabilité.

La crédibilité vise à répondre à la question suivante : comment vérifie-t-on la confiance et l'exactitude des résultats dans une étude particulière ? (Lincoln et Guba, 1985). Dans le cadre de cette recherche doctorale, l'étudiante-chercheure a eu recours à trois règles

méthodologiques pour assurer la crédibilité de l'étude, à savoir : 1) la vérification du codage des entrevues par la directrice et la codirectrice de thèse, 2) les discussions à chaque étape de l'analyse avec la directrice et la codirectrice de thèse et 3) la technique de triangulation des sources et des méthodes de collecte de données en utilisant les entrevues semi-structurées, les groupes de discussion, l'analyse documentaire et le journal de bord (Morse et Field, 1995). Par ces règles, l'étudiante-chercheuse s'est assurée que les données étaient représentatives des opinions des participantes à cette recherche, ainsi que des résultats aussi crédibles que possible, suite à l'analyse (Morse et Field, 1995).

La fiabilité réfère à la stabilité des données à travers le temps et au fait que les résultats puissent être répliqués auprès des mêmes participantes ou dans des contextes similaires (Morse et Field, 1995). L'étudiante-chercheuse s'est assurée de la fiabilité par : 1) la validation des guides d'entrevues, auprès d'une DSI ayant exercé pendant plusieurs années dans le réseau de la santé du Québec, 2) la description des prises de décisions méthodologiques, tout au long du processus de recherche, consignées dans le journal de bord et dans le cahier de suivi des thèmes et 3) la description du processus, afin qu'un autre chercheur puisse refaire l'étude avec d'autres participantes dans d'autres contextes similaires.

La neutralité fait référence à l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie de l'étudiante-chercheuse. Elle vise à répondre à la question suivante : comment l'étudiante-chercheuse s'assure-t-elle que les résultats et les conditions de la recherche soient déterminés par les participantes, plutôt que par ses propres motivations, ses intérêts, ses perspectives ou ses biais (Morse et Field, 1995). L'étudiante-chercheuse s'est assurée de la rigueur par : 1) la tenue d'un journal de bord qui a servi à noter quotidiennement les questions méthodologiques,

les réflexions relatives à l'analyse des données, les décisions logistiques, les idées, les pensées, les sentiments, 2) la description précise et détaillée des procédures employées pour colliger et analyser les données, 3) la propre conscientisation au risque d'utiliser ses propres expériences (Sandelowski et Barroso, 2002) colligées dans le journal de bord et 4) les échanges avec la directrice et la co-directrices de thèse, qui ont permis à l'étudiante-chercheure de rester le plus loin possible de ses propres expériences et de se centrer sur les données à analyser.

La transférabilité renvoie à la possibilité de pouvoir appliquer les résultats à d'autres personnes dans d'autres contextes (Lincoln et Guba, 1985). Dans le cadre de cette recherche, l'étudiante-chercheure a eu recours à : 1) la description la plus exacte possible du contexte dans lequel la recherche a été réalisée, afin que d'autres personnes puissent comparer leur contexte à celui de l'étude et 2) la description détaillée de tous les aspects de la méthode utilisée, notamment : la sélection du milieu et des participantes, le processus d'échantillonnage, les étapes de recrutement, la collecte et l'analyse des données.

Considérations éthiques

Comme mentionné précédemment, la présente étude a été soumise au comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal. L'étudiante-chercheure s'est assurée de l'application d'un consentement libre et éclairé et de la confidentialité des participantes à cette recherche. Pour se faire, l'étudiante-chercheure a remis le formulaire d'information et de consentement à chaque participante avant leur participation aux entrevues, en expliquant que la participation était volontaire. Les participantes ont été assurées du respect de la confidentialité et de la possibilité de refuser de participer ou de se retirer à tout moment de la recherche, sans aucune conséquence (Morse et Field, 1995).

D'abord, la sollicitation pour participer à l'étude n'a pas été réalisée par la directrice de thèse, et ce, malgré sa position stratégique dans le réseau. La directrice et la co-directrice ne sont pas en mesure d'associer des personnes aux propos transcrits dans le cadre de ce projet de recherche. L'étudiante-chercheuse a eu recours à un code alphanumérique pour ainsi garantir la confidentialité des participantes. De plus, toutes les données recueillies ont été dénominalisées et entièrement codifiées. Elles sont demeurées strictement confidentielles. Aucune donnée nominative du milieu et des participantes n'a été consignée dans le rapport de recherche ou dans toute publication qui en découlera. Les bandes audionumériques sont conservées en lieu sûr (ordinateur privé muni d'un mot de passe) et seront détruites sept ans après la fin de l'étude selon les directives du CERES. Les données sociodémographiques recueillies permettant de relier les participantes au dossier de recherche sont conservées dans un fichier informatique protégé; elles n'apparaîtront sur aucun document imprimé ou de quelque autre forme.

Le prochain chapitre présente les résultats de l'étude descriptive qualitative réalisée par l'étudiante-chercheuse et portant sur l'exercice du leadership stratégique de DIRSI dans une visée de qualité des soins, dans des établissements de santé du Québec.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de la recherche doctorale qui a pour but de décrire l'exercice du leadership stratégique des DIRSI dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec. Il est divisé en quatre sections. Tout d'abord, la présentation des caractéristiques sociodémographiques des participantes. Par la suite, les résultats sont énoncés selon les trois capacités du modèle de Boal et Hooijberg (2000), soit les capacités d'intégration, d'adaptation et de gestion. Puis, à partir du modèle de Hambrick (1989), quatre autres thèmes portant sur les composantes professionnelles et organisationnelles exerçant une influence sur l'exercice du leadership stratégique de DIRSI, sont décrits. Finalement, la perception de DIRSI quant à l'efficacité de leur leadership stratégique est abordée.

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Le nombre total des participantes était de trente-cinq (N=35) provenant de 18 DIRSI des 34 établissements de santé et des services sociaux soit 53 % des DIRSI du Québec. Elles sont représentées par 11 DSI, 11 DASI, cinq CCSI et huit gestionnaires (chefs d'unités, chefs de services). Pour favoriser la diversité des milieux, cinq participantes dont une DSI, une DASI et trois gestionnaires ont été ajoutées aux entrevues individuelles, portant le nombre de 30 à 35. Ainsi, des 35 participantes, 33, soit 94 %, étaient des femmes et deux, soit 6 %, étaient des hommes. Parmi les participantes, sept ont entre 31 et 40 ans, soit 20 %, 17 ont entre 41 et 50 ans, soit 49 % et 11 sont âgées de 51 ans et plus, soit 31 %.

En regard de la formation académique déclarée par les participantes, huit participantes (23 %) sont titulaires d'un diplôme de premier cycle, 16 participantes (46 %) sont détentrices d'une maîtrise en sciences infirmières, 11 participantes (31 %) ont déclaré avoir une maîtrise dans un autre domaine (p. ex. : administration de la santé, gérontologie, administration

publique) et 3 participantes (9 %) ont deux maîtrises (p. ex. : sciences infirmières et administration publique). Aucune participante n'est détentrice d'un doctorat. Pour les lieux d'exercice des participantes, 14 (40 %) proviennent d'un CISSS, 10 (29 %) proviennent d'un CIUSSS, six (17 %) proviennent d'un CHU, deux (6 %) proviennent d'un institut et trois (8 %) proviennent d'un établissement non fusionné. Les participantes ont une moyenne de 25 ans d'expérience dans le réseau de la santé et de 12 ans dans l'établissement au moment de la recherche. Toutefois, 25 participantes (71 %) déclarent avoir trois ans d'expérience ou moins dans le poste occupé au moment de la recherche. Le contexte de la réforme de la santé peut expliquer cette donnée. Il importe de préciser que la question du nombre d'années dans la fonction n'a pas été posée explicitement. Toutes les participantes sont membres en règle de l'OIIQ. Le tableau 7 à la page suivante résume les données sociodémographiques des participantes à l'étude.

Tableau 7.

Données sociodémographiques des participantes à l'étude

Caractéristiques sociodémographiques des participantes	N	%
Nombre total de participantes	35	100%
Sexe		
Homme	2	6%
Femme	33	94%
Âge		
31-40	7	20%
41-50	17	49%
51 +	11	31%
Formation académique la plus élevée		
DEC. / B. Sc. / Certificat en gestion	5	14%
DESS	3	9%
Maîtrise en Sc. Inf.	16	46%
Maîtrise/ Gestion de la santé ou MAP ou Géroto	11	31%
Doctorat	0	0%
Détenteur d'une double Maîtrise	3	9%
Fonction occupée		
DSI	11	31%
DASI	11	31%
GEST	8	23%
CCSI	5	14%
Établissement		
CISSS	14	40%
CIUSSS	10	29%
CHU	6	17%
Instituts	2	6%
Autres	3	8%
Nombre moyen d'années d'expérience		
Dans le réseau de la santé	25	
Dans l'établissement actuel	12	
Dans le poste actuel	3	

Synthèse des résultats

La description de l'exercice du leadership stratégique basée sur certains éléments tirés du modèle de Boal et Hooijberg (2000) et de celui de Hambrick (1989) a permis de répondre aux trois questions de recherche initialement énoncées soit :

1. Comment des DIRSI décrivent-elles l'exercice de leur leadership stratégique à partir des capacités d'intégration, d'adaptation et de gestion, dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec?
2. Quelles composantes professionnelles et organisationnelles, selon des DIRSI, favorisent ou contraignent leurs capacités d'exercer un leadership stratégique, dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec?
3. Quelle est la perception des DIRSI quant à l'efficacité du leadership stratégique sur la qualité des soins dans des établissements de santé au Québec?

La méthode d'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2012) a permis de dégager sept thèmes en lien avec les trois capacités associées à l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI soit :

- S'approprier le positionnement stratégique pour influencer la qualité des soins infirmiers;
- Développer et communiquer une vision claire de la qualité des soins infirmiers;
- Faire des choix stratégiques, systématiques et mesurés, axés sur la qualité des soins infirmiers pour guider la contribution;
- Recadrer les rôles pour augmenter l'influence à l'égard de la qualité des soins infirmiers;
- Être partie prenante des processus décisionnels stratégiques;

- Développer la capacité politique pour influencer la qualité des soins infirmiers;
- Établir des d'alliances stratégiques et collaboratives axées sur la qualité des soins infirmiers.

Les thèmes issus de l'analyse des résultats à l'étude, illustrent que la synergie de trois capacités soit, les capacités d'intégration, d'adaptation et de gestion, permet aux DIRSI d'exercer de l'influence sur la qualité des soins infirmiers, dans les organisations de santé. Parallèlement, certaines composantes telles que : la crédibilité clinique, l'équipe formée aux cycles supérieurs et en nombre suffisant, la culture organisationnelle ainsi que la taille de l'établissement, semblent moduler ces capacités. À cet effet, la figure 6 de la page suivante propose une schématisation du leadership stratégique de DIRSI dans une visée de qualité des soins infirmiers dans des établissements de santé, suivi de la description détaillée de chaque thème.

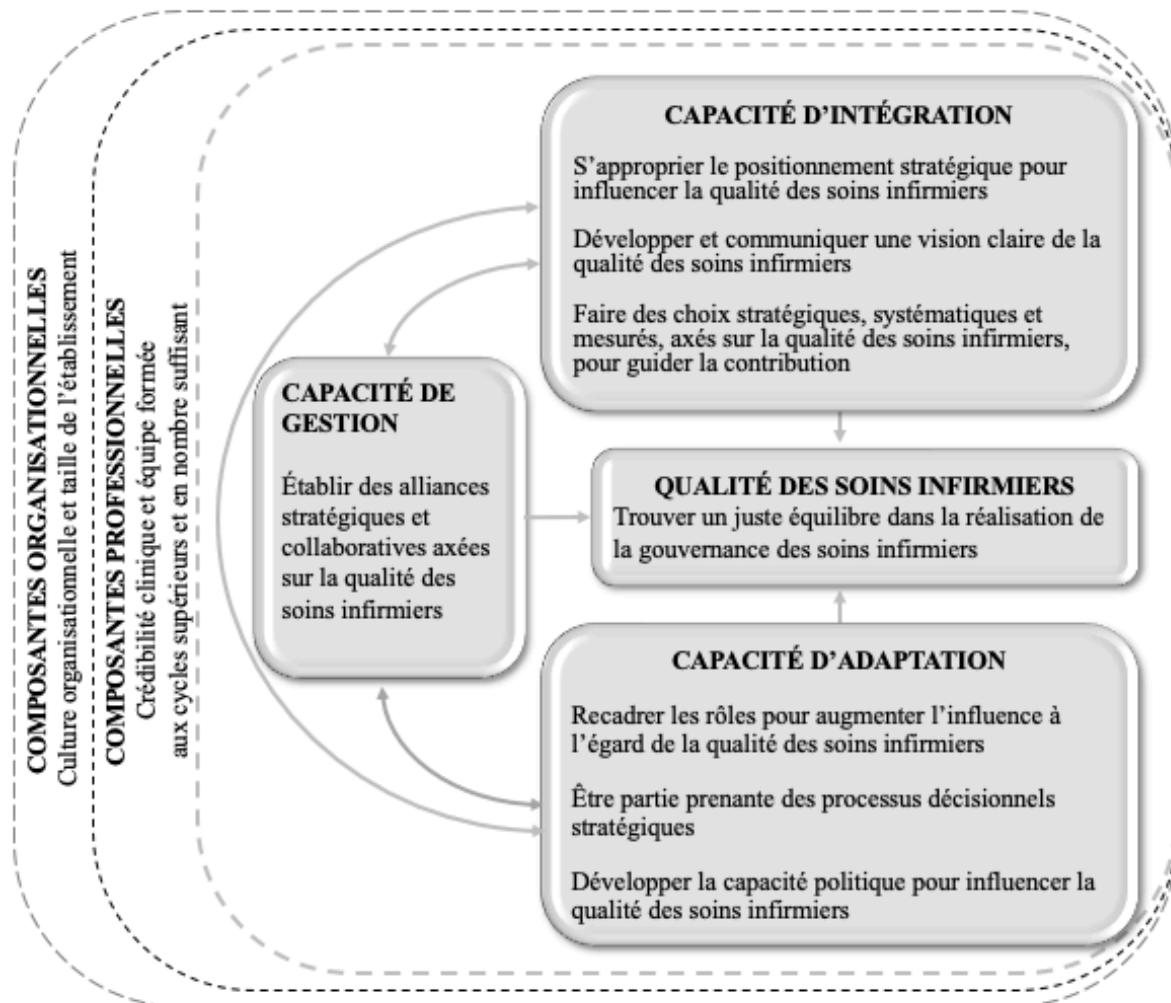


Figure 6. Leadership stratégique de DIRSI dans une visée de qualité des soins infirmiers

Présentation détaillée des résultats

Cette partie présente les trois capacités associées à l'exercice du leadership stratégique, selon le modèle de Boal et Hooijberg (2000). Elle permet de répondre à la première question de recherche soit : comment des DIRSI décrivent-elles l'exercice de leur leadership

stratégique à partir des capacités d'intégration, d'adaptation et de gestion, dans une visée de qualité des soins, dans des établissements de santé du Québec?

Capacité d'intégration

Par définition, la capacité d'intégration requiert une vision claire, une compréhension approfondie des interrelations et de l'environnement dans une organisation (Boal et Hooijberg, 2000). Trois thèmes ont émergé en lien avec cette capacité soit :

1. S'approprier le positionnement stratégique pour influencer la qualité des soins infirmiers;
2. Développer et communiquer une vision claire de la qualité des soins infirmiers;
3. Faire des choix stratégiques, systématiques et mesurés, axés sur la qualité des soins infirmiers pour guider la contribution.

Thème 1. S'approprier le positionnement stratégique pour influencer la qualité des soins infirmiers

Ce premier thème, l'appropriation du positionnement stratégique de la DIRSI, suggère comment la DIRSI tente de se positionner pour exercer son leadership stratégique sur la qualité des soins infirmiers, dans les organisations de santé. Ce thème est décrit à partir de deux sous-thèmes : 1) le positionnement de la DIRSI dans l'organigramme et l'appropriation de sa position et 2) les liens de la DIRSI avec le PDG ou le PDGA. La figure 7 présente un diagramme illustrant le positionnement stratégique contextualisé de la DIRSI.

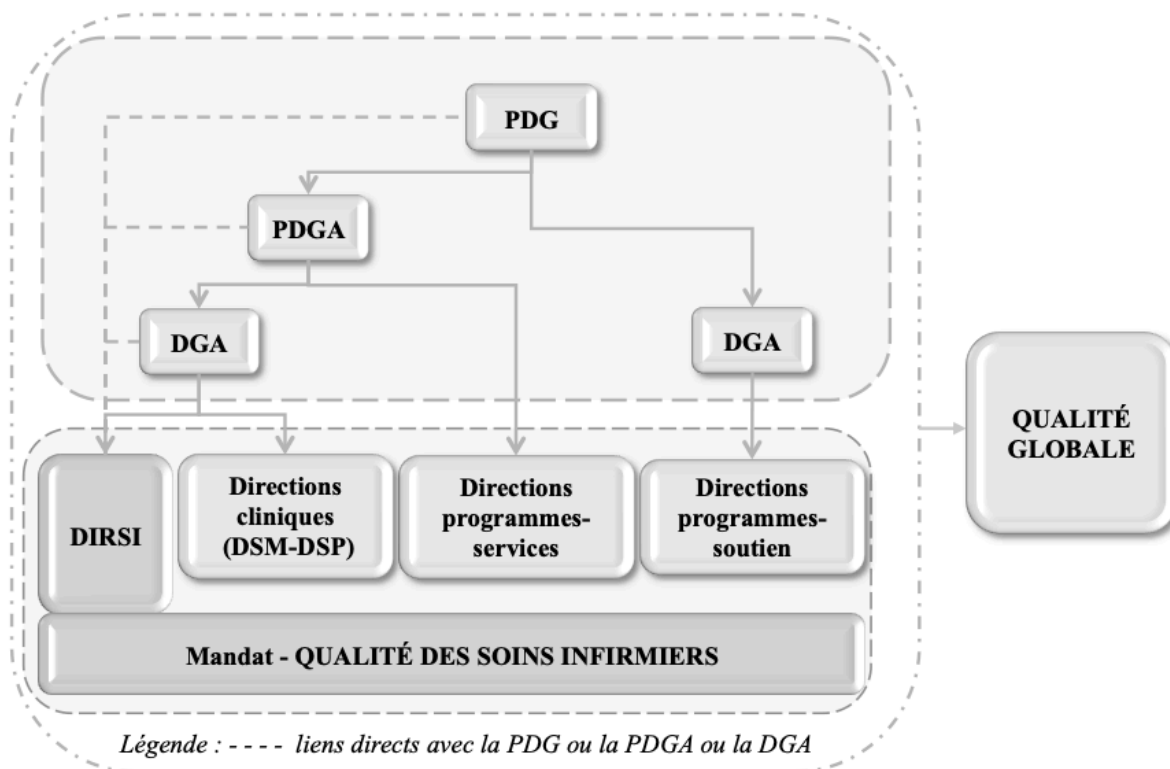


Figure 7. Positionnement stratégique contextualisé de la DIRSI

Tout d’abord, une certaine préoccupation se dégage de la part de plusieurs participantes quant à la nécessité, voire même l’urgence, pour la DIRSI, d’affirmer son leadership à l’égard de l’appropriation de son positionnement stratégique dans les organisations, positionnement déjà établi dans les organigrammes. Cette appropriation lui permettrait, selon les participantes, de faire mieux connaître son mandat et la valeur ajoutée des soins infirmiers, et de la DIRSI, à l’ensemble de l’organisation. De fait, quelques participantes mentionnent que la DIRSI n’a pas eu d’autre choix que de prendre sa place rapidement, car la mission et la gouverne des établissements ont été modifiées, élargissant ainsi ses responsabilités, notamment celles portant sur la gestion hiérarchique des services cliniques, le développement des pratiques professionnelles et le contrôle de la qualité des soins infirmiers sur l’ensemble de

l'organisation. De plus, certaines participantes soulignent l'importance, pour la DIRSI, de démontrer la nécessité d'être présente, car certaines directions programmes-services ne voyaient pas la pertinence de sa contribution. Voici quelques verbatim qui illustrent ces aspects.

« On a senti un certain sentiment d'urgence d'être partout et d'en faire beaucoup... » (Entrevue DASI-4).

« Avec la création du CISSS et la fusion des établissements, la direction des soins infirmiers doit se positionner à un niveau plus [vaste] parce que les missions des établissements ont changé... » (Groupe de discussion-DSI).

« Démontrer premièrement la nécessité qu'on soit présents et deuxièmement la plus-value qu'on le soit » (Entrevue-GEST-10).

« Ce ne sont pas toutes les directions cliniques qui croyaient qu'elles avaient besoin de la direction des soins » (Entrevue DASI-4).

En regard de la place occupée par la DIRSI dans l'organisation, deux perspectives opposées se profilent. D'une part, certaines participantes soutiennent que la DIRSI occupe une place stratégique, lui permettant d'exercer un leadership stratégique sur la qualité des soins. À cet égard, ces participantes soulignent deux éléments qui constituent le noyau névralgique des organisations: le nombre important d'activités de soins exercés par le personnel soignant et la gestion des activités de soins dans les unités de soins. De fait, une participante affirme, avec conviction, que la DIRSI n'a pas à faire la preuve de son leadership, auprès de certains membres de l'organisation. Les participantes mentionnent à ce sujet :

« La direction des soins infirmiers, nous avons une place stratégique dans l'organisation » (Groupe de discussion DASI).

« La DSI a une grande place, une place privilégiée dans la prise de position des changements organisationnels » (Groupe de discussion CCSI/GEST).

« Je n'ai jamais senti dans ma fonction de directrice des soins infirmiers qu'il fallait que je fasse la preuve à quiconque que les soins infirmiers ont du leadership » (Entrevue DSI).

D'autre part, d'autres participantes soutiennent que, même si la DIRSI occupe d'une place d'influence depuis l'implantation de la LMRSSS, elle ne l'occupe pas toujours entièrement. De plus, une participante affirme que la DIRSI n'est pas, selon elle, positionnée pour influencer le niveau stratégique dans son organisation. Également, il est mentionné que si la DIRSI maîtrise peu ses dossiers ou a de la difficulté à les présenter à d'autres directions, ces dernières vont mieux se positionner ou tout simplement prendre la place. Ces verbatim illustrent ces éléments.

« Je n'ai jamais été autant dans une position d'influence que maintenant, je n'ai jamais eu autant de leadership à prendre et je ne le prends pas toujours comme il le faut » (Groupe de discussion-DSI).

« La direction des soins infirmiers n'est pas dans une posture pour influencer le volet stratégique de la direction générale » (Entrevue DASI-6).

« S'il n'y avait pas de soins infirmiers dans une organisation, il n'y aurait pas grande chose qui marcherait. Et c'est de faire valoir le poids de ça, c'est vraiment ma difficulté, parce que quand j'amène ces sujets-là, ce n'est pas simple » (Entrevue DSI-9).

« Si on se retrouve, comme directrice, dans un environnement des directeurs [et] on ne connaît pas les dossiers, qu'on ne positionne pas sa direction, c'est sûr que les autres vont se positionner et ils vont prendre toute la place. Donc le choix de la personne pour jouer ce rôle est crucial, ce n'est pas ce qu'on vit actuellement et ça rend les choses difficiles » (Entrevue DASI-6).

Deux éléments semblent exercer une influence sur le positionnement stratégique de la DIRSI dans les organisations : ses liens avec le PDG ou le PDGA et sa place dans l'organigramme. D'un côté, pour quelques participantes, le positionnement stratégique de la DIRSI est facilité lorsqu'elle a des liens avec le PDG ou le PDGA ou lorsqu'elle relève

directement du PDG ou du PDGA. Pour ces participantes, ce positionnement s'avère une place de choix pour : 1) faire part directement au PDG ou au PDGA des enjeux et des défis, relatifs à la qualité des soins infirmiers, 2) sensibiliser et influencer la direction générale et les autres directions, en matière de sécurité et de qualité des soins, 3) contribuer à une meilleure gestion des services et 4) avoir un accès direct à la vision et aux orientations de la direction générale. Certaines participantes sont d'avis que le PDG et le PDGA ont une grande influence sur le volet clinique et sur la DIRSI. Toutefois, il ressort que l'importance attribuée au mandat de la DIRSI et la légitimité accordée par le PDG et par le PDGA au positionnement de la DIRSI dans l'organisation, sont variables. Par ailleurs, une participante souligne que la DIRSI n'est pas toujours reconnue par la direction générale et qu'elle n'a pas toujours une tribune pour faire valoir sa place dans l'organisation, malgré sa place dans l'organigramme. Ceci semble influencer la façon dont la DIRSI exerce son mandat et ses rôles, auprès de la direction générale et des directions cliniques. Ces différentes perspectives apparaissent dans les verbatim qui suivent :

« Relever directement du président-directeur général (...) donne une position de choix dans l'organisation quand vient le temps de parler d'éléments de qualité des soins infirmiers et de facteurs en soins infirmiers (...) j'ai une oreille très attentive et je suis à la bonne place » (Entrevue DSI-6).

« Une direction qui relève directement de la direction générale (...) donne un grand levier contrairement aux autres directions cliniques qui sont sous la direction générale adjointe où il y a une strate de gestion supplémentaire. Elles ont moins accès à la vision et aux orientations de la direction générale » (Entrevue DASI-7).

« Si le PDG ne prend pas pour acquis le volet clinique (...) on tombe dans des priorités organisationnelles qui sont beaucoup plus administratives » (Entrevue DASI-6).

« Ce mandat (...) comment il est véhiculé, comment il est positionné par les PDG, les PDGA est vraiment à hauteur variable, c'est [ce] qui à mon avis [influence] beaucoup le rôle que prend la directrice des soins face aux autres directeurs cliniques » (Entrevue CCSI-1).

Deux autres éléments sont à considérer. D'une part, pour deux participantes, le fait que la DIRSI soit placée dans l'organigramme sur le même palier hiérarchique que les autres directions ne la place pas dans une position adéquate pour exercer du leadership stratégique dans l'organisation. Elles soulignent que c'est tout à fait normal que la DIRSI exerce de l'influence sur la gestion des services qui sont sous sa responsabilité. Toutefois, ces participantes mentionnent qu'il est faux de croire que la DIRSI exerce le même niveau d'influence sur les autres directions programmes-services et les directions cliniques, que sur celui qu'elle peut exercer sur ses propres services.

« Le positionnement stratégique de la DSI (...) demeure au même niveau que l'ensemble des autres directions cliniques ou directions de soutien (...) ce positionnement (...) vient décrire (...) qu'on n'a pas nécessairement le positionnement adéquat pour assumer un leadership stratégique à l'intérieur d'un établissement » (Entrevue DASI-6).

« L'influence (...) elle est plus grande au niveau des volets des opérations de la direction des soins, évidemment, mais parce que c'est sa direction, ce sont ses équipes. Mais est-ce qu'elle a une plus grande influence sur l'ensemble des autres directions cliniques, à mon avis non, pas plus qu'avant » (Entrevue CCSI-1).

D'autre part, d'autres participantes sont d'avis que la DIRSI devrait pouvoir exercer un leadership distinct, étant donné que les autres directions n'ont pas les mêmes responsabilités, lesquelles sont encadrées, dans le cas de la DIRSI, par un mandat légal. De fait, ces participantes soulignent que la DIRSI est assujettie aux mêmes obligations que les autres directions cliniques en regard des orientations ministérielles et de l'atteinte des objectifs

stratégiques de l'organisation. Par ailleurs, il semble y avoir une certaine méconnaissance de l'étendue du mandat de la DIRSI de la part des autres directeurs, certaines participantes rapportant que plusieurs directeurs, notamment des directions programmes-services, outrepassent leurs responsabilités en regard des pratiques professionnelles, parce qu'ils connaissent peu ou pas le mandat de la DIRSI, en matière de qualité des soins. Pour une participante, entre autres, la DIRSI devrait être considérée comme étant incontournable pour la qualité des soins, au même titre que la direction des finances pour le budget, dans les organisations.

« Comment fait-on pour dégager dans nos structures, un leadership qui soit différent (...) parce qu'il y a un positionnement qui doit être démontré à travers l'établissement mais qu'on ne voit pas nécessairement, parce que les organigrammes ne sont pas faits en fonction de ça » (Entrevue DASI-6).

« La DIRSI doit nécessairement se poser les mêmes questions que les autres directions cliniques par rapport aux orientations stratégiques ministérielles » (Entrevue DASI-8).

« Des directeurs d'autres directions ont même appelé [quelques] fois à l'Ordre des infirmières pour avoir un avis (...) c'est un peu [passer] par-dessus (...) le leadership qu'a la direction des soins » (Entrevue CCSI-1).

« C'est de devenir un incontournable comme les finances pour le budget. Il faut devenir un incontournable pour la qualité des soins infirmiers » (Entrevue DASI-3).

En somme, l'appropriation du positionnement stratégique de la DIRSI semble, selon les participantes, dépendre de sa capacité à rendre plus compréhensible et incontournable sa contribution aux autres directions et à la direction générale, à l'égard de la qualité des soins infirmiers. De fait, pour exercer son mandat de qualité des soins infirmiers dans l'organisation, la DIRSI doit mieux positionner sa direction, pour prendre sa place pleinement.

Thème 2 : Développer et communiquer une vision claire de la qualité des soins infirmiers

Ce deuxième thème, le développement et la communication d'une vision claire suggère comment la DIRSI construit sa vision de la qualité des soins infirmiers dans des organisations de santé en transformation. Ce thème est présenté à partir de deux sous-thèmes soit : 1) les dimensions de la vision de la qualité des soins et 2) le besoin pour la DIRSI de différencier la qualité des soins infirmiers de la qualité globale d'une organisation. La figure 8 présente le développement de la vision de la qualité.



Figure 8. Vision de la qualité des soins infirmiers de DIRSI

La majorité des participantes soulignent que la DIRSI est porteuse d'une vision axée sur des soins infirmiers de qualité et sécuritaires centrés sur les besoins des clientèles et des populations. Selon plusieurs participantes, la dispensation des soins infirmiers doit se faire par

la bonne personne, à la bonne place, au meilleur coût possible et générer les résultats escomptés. Plusieurs participantes soulignent que la qualité des soins infirmiers est tributaire de la qualité de l'exercice infirmier, c'est-à-dire de ce que l'infirmière peut et doit exercer. Cependant, il importe de préciser que, selon ces participantes, la qualité des soins infirmiers ne se définit pas seulement par l'acte infirmier ou par la technique des soins.

« La direction des soins infirmiers (...) prône (...) une pratique exemplaire basée sur les données probantes mais aussi des soins aux usagers qui sont donnés au bon moment, à la bonne personne puis au bon endroit également dans l'établissement. Donc c'est (...) qui nous guide en termes de vision » (Groupe de discussion DASI).

« La qualité des soins c'est de produire les meilleurs résultats possibles pour les patients, au meilleur coût possible, en fonction de ses besoins à lui » (Groupe de discussion DSI).

« La qualité des soins vient des activités que l'infirmière peut exercer ou doit exercer » (Groupe de discussion CCSI/GEST).

« La qualité (...) ce n'est pas que la qualité de l'acte infirmier » (Groupe de discussion DASI).

Pour plusieurs autres participantes, la vision de la qualité des soins infirmiers est multidimensionnelle et collaborative. Multidimensionnelle parce qu'elle peut se traduire par : 1) les compétences et la disponibilité des ressources humaines, 2) le coût des activités de soins, 3) la gestion des services, 4) l'amélioration continue des soins et 5) les résultats liés à la performance organisationnelle. Pour d'autres participantes, la vision est collaborative parce que la qualité des soins infirmiers requiert la contribution de plusieurs acteurs dans l'organisation soit : la direction générale, les directions programmes-services, cliniques et de soutien, les équipes de soins ainsi que le patient-partenaire. Ces deux aspects se retrouvent dans les verbatim suivants.

« La vision qu'on a de la qualité (...) est multidimensionnelle » (Groupe de discussion DASI).

« La qualité des soins est interprofessionnelle » (Entrevue DSI-3).

« La qualité des soins (...) se traduit par toutes les notions de performance, performance clinique, performance financière, le coût à l'activité, les résultats des soins qu'on donne » (Groupe de discussion DSI).

« Une vision (...) moins corporatiste, beaucoup plus de travail (...) en équipe interdisciplinaire et être très créatifs dans nos façons de faire pour (...) avoir des soins de qualité tout en ayant un équilibre budgétaire » (Entrevue DASI-10).

Pour une participante, les équipes de soins et les clients sont les mieux positionnés pour aider la DIRSI dans les questions relatives à la qualité des soins. Or, deux participantes soulignent que des efforts doivent continuer à se faire pour impliquer davantage les clients dans certains comités de la DIRSI et dans les décisions de gestion.

« On sait qu'il y a des lacunes, au niveau de la qualité et de la sécurité des soins, mais on pense que les meilleures personnes pour nous les souligner, c'est les équipes terrain, mais les patients également » (Entrevue DASI-7).

« La vision (...) comment ça se traduit c'est qu'on implique (...) les usagers dans nos décisions de gestion puis de plus en plus dans leurs plans de traitement. Donc on a encore du chemin à faire mais on a débuté » (Entrevue DSI-7).

Plusieurs participantes soulignent que la mise en place de la nouvelle gouvernance des soins infirmiers, offre une opportunité pour la DIRSI de développer une vision globale, transversale et stratégique, tant de la qualité des soins infirmiers que de leur organisation, selon une approche populationnelle. Dans la plupart des milieux, précisent plusieurs participantes, la clientèle est très diversifiée et répartie dans divers environnements (p. ex. : milieux rural, éloigné, urbain), ce qui constitue un défi majeur pour la DIRSI, qui vise à maintenir le même niveau de qualité des soins, pour l'ensemble de la population. À titre d'exemple, certaines participantes mentionnent que la gestion de risques (p. ex. : les incidents

et les accidents relatifs aux soins et aux services) est un mécanisme permettant à la DIRSI d'avoir une vision globale des enjeux cliniques. Selon elles, la DIRSI s'en sert pour tirer des leçons et transférer ces apprentissages aux équipes de soins à travers l'organisation. En d'autres mots, selon certaines participantes, la DIRSI est soucieuse d'assurer à la population un accès à des soins de qualité et sécuritaires, selon les meilleures pratiques, peu importe l'endroit où les soins sont administrés. Or, la consultation des documents disponibles à la population, sous la rubrique de DIRSI des sites WEB des établissements de santé, indique que deux des 18 DIRSI participantes à cette recherche, rendent accessibles leurs visions à la population (p. ex. : la vision est inscrite dans le rapport annuel de l'établissement, la vision est accessible par la WEB de l'établissement).

*« Le fait qu'on est un CISSS, tu as une vision d'une organisation, d'une région »
(Entrevue DSI-5).*

« Je suis dans une direction où je dois avoir une vision globale » (Entrevue DASI-7).

« Je participe aux rencontres du conseil d'administration, alors pouvoir être partie prenante de ces rencontres me permet d'avoir une vision plus stratégique à long terme » (Entrevue DSI-8).

« C'est aussi important dans les petits centres que dans les grands centres, que la qualité des soins soit assez similaire pour le patient (...) peu importe l'endroit qu'il va se situer pour recevoir ses soins » (Groupe de discussion CCSI-GEST).

Selon plusieurs participantes, il importe de mieux clarifier ce qui distingue la qualité des soins infirmiers, de la qualité globale de l'organisation. Pour certaines participantes, la qualité des soins infirmiers est une constituante fondamentale de la qualité globale. Néanmoins, une DSI soutient qu'il n'y a pas de définition claire du concept de qualité. Ce qui est corroboré par d'autres participantes quand elles soulignent que certaines équipes de soins ont tendance à

confondre la qualité des soins avec la performance. Une participante est d'avis que pour exercer un leadership stratégique, la DIRSI doit saisir les différentes opportunités pour transmettre sa vision de la qualité des soins infirmiers, à tous les paliers de l'organisation.

« C'est important de nuancer la qualité des soins infirmiers de la qualité globale » (Groupe de discussion DASI).

« La qualité des soins infirmiers est une constituante importante de l'ensemble de la qualité » (Entrevue DASI-1).

« Il n'y a pas une organisation à mon avis qui a une matrice de qualité claire qui dit, ça c'est de la qualité, ça ce n'est pas de la qualité, ça c'est plus important que ça » (Entrevue DSI-3).

« Si on veut vraiment avoir un leadership stratégique, il faut qu'on influence à tous les niveaux, donc la vision doit être transposée dans nos structures de gouverne » (Entrevue DASI-1).

En somme, selon plusieurs participantes, la nouvelle gouvernance des soins infirmiers offre une opportunité à la DIRSI de développer une vision globale-transversale-stratégique de la qualité des soins infirmiers et de l'organisation. La DIRSI privilégie une vision selon une perspective multidimensionnelle, collaborative et moins corporative de la qualité des soins infirmiers, une qualité des soins qui s'inscrit comme un élément central de la qualité globale. S'assurer de communiquer et de transférer une vision claire aux équipes de soins, à l'organisation et à la population, demeure un important défi pour la DIRSI.

Thème 3 : Faire des choix stratégiques, systématiques et mesurés, axés sur la qualité des soins infirmiers pour guider la contribution

Ce troisième thème, faire des choix stratégiques, systématiques et mesurés, axés sur la qualité des soins pour guider la contribution permet de mieux saisir comment la DIRSI guide

ses actions suite à la mise en place de la LMRSSS. Ce thème est présenté à partir de deux sous-thèmes soit : 1) la préséance des orientations ministérielles sur les orientations organisationnelles et 2) la mise en place des mécanismes de coordination et de priorisation des projets, afin de gérer les demandes des différentes directions. La figure 9 présente un diagramme représentant les choix stratégiques de la DIRSI.

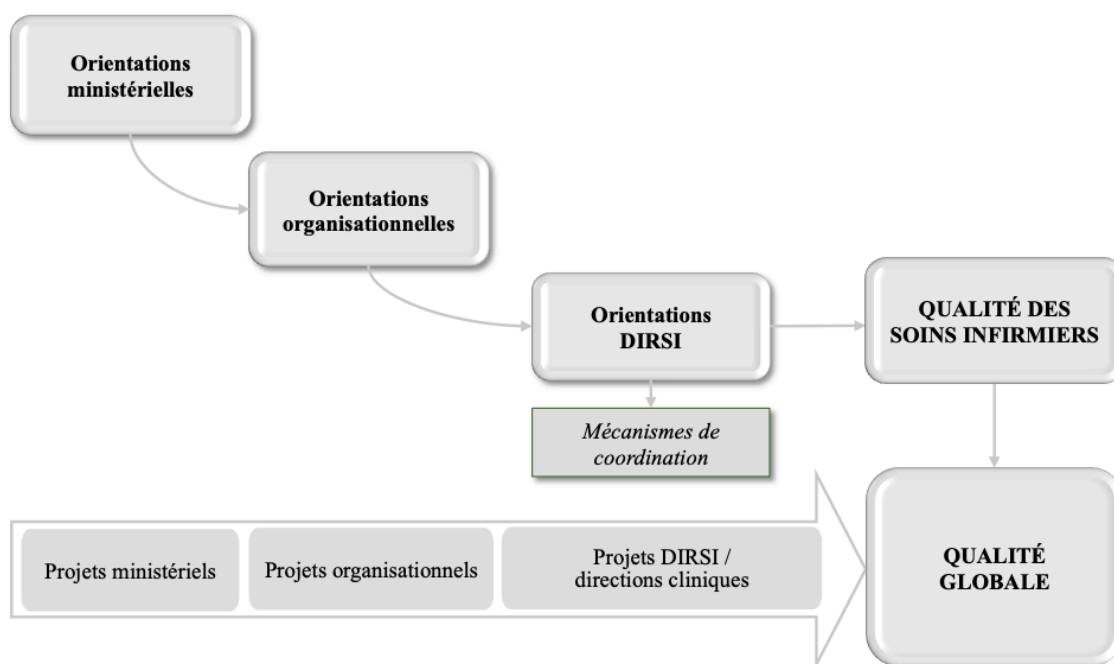


Figure 9. Choix stratégiques de la DIRSI

En premier lieu, plusieurs participantes soulignent que les orientations ministérielles ont préséance sur celles de l'organisation, ainsi que sur celles qui sont propres à la DIRSI ou à d'autres directions. Certaines participantes ont le sentiment qu'il y a une certaine tendance dans les organisations à gérer en fonction des priorités politiques, plutôt qu'en fonction des besoins de la clientèle. Plusieurs participantes affirment que l'approche « *top-down* », soit la restructuration du système et l'intégration des établissements que cela a entraîné, dicte à la

DIRSI et aux autres directions, ce qui doit être fait et comment le faire. Pour une majorité de participantes, cette approche limite la marge de manœuvre, la participation à la prise de décision, l'autonomie et la créativité de DIRSI dans les organisations. Une participante se dit préoccupée d'être en mesure de répondre aux exigences de l'organisation, tout en gardant la crédibilité comme DIRSI auprès des gestionnaires et des équipes de soins.

« Actuellement, on gère en fonction des priorités politiques. On ne gère pas en fonction des besoins de la clientèle, mais on va gérer sur des dossiers politiques qui descendent n'importe quand » (Groupe de discussion DASI).

« On est vraiment dans une approche qui est tout à fait « top-down », qu'on se fait dire quoi faire, qu'on se fait dire comment le faire (...) on est beaucoup dans le faire exécuter des décisions qui nous arrivent de Québec du ministère (...) qui traduisent beaucoup la vision d'une personne » (Groupe de discussion DSI).

« C'est excessivement « top-down » donc comment fait-on du sens auprès des équipes dans la nécessité d'être au rendez-vous de ce qui nous est imposé, notamment par les ententes de gestion et qu'on soit crédibles » (Entrevue DSI-4).

La DIRSI a, selon quelques participantes, l'opportunité d'exercer un leadership stratégique, en particulier, lorsqu'elle s'aligne aux orientations ministérielles et à la planification stratégique de l'organisation, émanant du MSSS. Selon quelques participantes, ces orientations portent notamment sur la qualité et la performance. Cette volonté d'alignement accorderait, à priori, une forme de légitimité à la DIRSI auprès des autres directions, en matière de qualité des soins. Pour des participantes, la DIRSI tient un rôle de premier plan, un rôle de leader, dans la mise en place des orientations, tant ministérielles qu'organisationnelles, en regard d'une offre de services accessible à la clientèle. Elles ajoutent que la DIRSI s'assure de maintenir une certaine cohérence entre les orientations ministérielles, la planification stratégique de l'organisation et leur mise en place au sein des équipes de soins.

« Notre capacité stratégique est assez grande dans le contexte où présentement comment on fonctionne c'est qu'on va s'attacher à nos priorités organisationnelles » (Groupe de discussion DASI).

« La norme qui est relativement claire depuis la mise en place de la réforme, c'est vraiment performance et qualité » (Entrevue GEST-9).

« J'accorde une grande importance à ce que la direction et les alignements qu'on prend soient collés à la planification stratégique de l'établissement, pour que ce soit un tout cohérent » (Entrevue DSI-4).

Des participantes soulignent que certaines orientations ministérielles visent spécifiquement l'amélioration de la qualité des soins. Ainsi, selon ces participantes, de nombreux projets ministériels, élaborés selon les meilleures pratiques, ont été implantés dans les organisations, avec la contribution de la DIRSI, dans le but d'améliorer l'accès de la population aux services (p. ex. : l'implantation des soins de fin de vie, l'approche adaptée à la personne âgée). Cependant, d'autres participantes déplorent le fait que les orientations organisationnelles peuvent se modifier abruptement, exigeant des équipes de soins et de la DIRSI, des changements et des ajustements à brève échéance.

« La direction des soins infirmiers [doit] toujours analyser (...) comment pousser pour [améliorer] l'accès [aux] services à la population » (Entrevue DASI-8).

« Les orientations sont (...) alignées maintenant à partir du ministère, disons que nos devoirs sont bien dressés (...) notre originalité va plutôt s'exercer dans la façon (...) de faire les choses mais la [façon] est dictée » (Entrevue DASI-2).

Également, quelques participantes mentionnent que la DIRSI travaille à la fois sur diverses orientations stratégiques de l'organisation et sur des enjeux, qu'elle identifie. En regard des orientations, les perceptions des participantes sont divergentes. Il y a celles qui pensent que la DIRSI a, via les ententes de gestion et la planification stratégique, des orientations, des directives et des objectifs à atteindre qui sont clairs et connus. En

contrepartie, une DASI et une CCSI affirment avoir besoin d'une vision et des orientations de la part de la DIRSI, alors qu'elles en font partie. Dans l'attente de cette vision et des orientations, elles agissent selon leurs expériences.

« Au niveau du leadership stratégique, annuellement on définit des objectifs à atteindre en lien avec la planification stratégique » (Entrevue DASI-10).

« Les alignements (...) concernent par exemple : les infections nosocomiales, les soins de plaies, les surfaces thérapeutiques, l'approche adaptée à la personne âgée, le risque de chute, les visites d'agrément, le suivi des compétences des infirmières, les évaluations de rendement des employés » (Entrevue GEST-9).

« On a besoin d'une orientation, d'une vision, puis ça, on ne l'a pas » (Entrevue DASI-6).

« Je dirais plutôt des alignements en tant que tel dans notre DSI, alors on n'en a pas (...) on y va chacun avec toute notre expérience. Nous allons avoir nos orientations d'ici peu, nos directrices sont en train de travailler » (Entrevue CCSI-5).

De plus, de façon presque unanime, les participantes mentionnent que la DIRSI s'est dotée de mécanismes de coordination et de priorisation, pour gérer l'important volume de projets et de demandes découlant de plusieurs instances internes et externes (p. ex. : le MSSS, la direction générale, les directions programmes-services, cliniques et de soutien). D'une part, selon plusieurs participantes, la DIRSI consacre beaucoup de temps et d'efforts à la mise en place des mécanismes de coordination et de concertation, tant à l'interne qu'à l'externe de la DIRSI. Elles en relèvent autant les avantages que les difficultés. En regard des mécanismes de coordination et de priorisation des projets, il a été possible de répertorier, à partir des verbatim des participantes, un grand nombre de comités de coordination dans lesquels les DIRSI sont impliquées. Ces comités abordent des questions d'ordre clinique (p. ex. : comité des médicaments, comité de coordination clinique, comité des pratiques professionnelles, etc.) et

d'ordre administratif (p. ex. : comité de gestion, comité opérationnel, comité de budget, rencontres statutaires). Deux comités ressortent comme étant des leviers pour l'exercice du leadership stratégique de DIRSI, soit la Table nationale de coordination des soins et services infirmiers du MSSS et le comité de coordination des directions cliniques DSM-DSP-DSI des établissements de santé. Le premier est notamment décrit comme une valeur ajoutée pour les DSI parce qu'il : 1) permet d'aborder les enjeux reliés à la pratique, au développement et à la vision des soins infirmiers, selon une perspective stratégique, 2) favorise le transfert des connaissances et d'expertise entre les différentes DIRSI du réseau de la santé et 3) améliore le réseautage et l'entraide entre DSI. Le deuxième apparaît comme un noyau clinique fort, pour gérer des problématiques cliniques et des services complexes dans les établissements de santé.

« Ces nouveaux organigrammes ça demande énormément de concertation, de coordination, de communication, puis plus on est occupés, moins on a le temps pour faire ça. Il faut le prendre » (Entrevue DASI-1).

« Il y a une table nationale où on parle d'enjeux des soins infirmiers qui concernent tout le monde (...) on a une possibilité (...) de faire du réseautage, aussi de se faire soutenir par des organisations qui ont développé des choses extraordinaires (...) pour moi ça c'est un avantage extrêmement positif que je n'avais pas avant » (Entrevue DSI-9).

« Ce comité de coordination clinique, où siège les trois grandes directions cliniques et je pense que ça la loi 10, qui est venue donner ce pouvoir-là aux trois directions cliniques, ça a été un plus » (Entrevue DASI-3).

D'autre part, pour répondre efficacement aux différentes instances ci-haut nommées, la DIRSI s'est dotée de mécanismes internes, plus ou moins structurés et formels, pour prioriser les différentes demandes qui lui sont adressées par les différentes directions (internes et externes). Ces mécanismes peuvent être soit : 1) un plan d'action avec des priorités révisées biannuellement, 2) des directives de la direction générale, 3) des rencontres formelles avec les

directions programmes-services, cliniques et de soutien et 4) des critères de sélection démontrant la valeur ajoutée et la pertinence du projet. Les participantes soulignent qu'il faut continuellement prioriser les projets individuellement et collectivement, pour être en mesure de suivre la cadence de la transformation. Or, une DSI mentionne que les processus réflexifs pour faire des choix stratégiques et la mesure de ces choix ne se font pas. La DIRSI aurait avantage à tirer profit de ces apprentissages.

« Nos dirigeants nous disent, il faut prioriser si ce n'est pas dans le portefeuille de projets, vous ne le faites pas » (Groupe de discussion CCSI/GEST).

« On s'assure de faire des rencontres fréquentes avec chacune des directions de clientèles pour prioriser, reprioriser et rereprioriser les gros projets » (Groupe de discussion DASI).

« On peut arriver à déposer un projet qui est prioritaire conjointement avec une autre direction » (Entrevue DSI-7).

« Quand on choisit une stratégie ou une démarche dans un hôpital, dans un CHU, où on a une mission d'enseignement, on devrait enseigner notre processus réflexif, le choix qu'on a fait et mesurer les choix pour être capable de grandir tous ensemble. Ça ne se fait pas » (Entrevue DSI-2).

À la lumière de ces propos, certaines participantes sont d'avis que la DIRSI doit s'impliquer dans tous les projets qui concernent les soins infirmiers. D'autres participantes ajoutent que la DIRSI est invitée à participer tardivement à certains projets impliquant les soins infirmiers. De ce fait, il apparaît nécessaire de s'assurer d'une participation dans des dossiers qui s'avèrent être les plus pertinents pour l'atteinte des résultats auprès de la clientèle. Plusieurs participantes se disent fatiguées, voire épuisées, par la charge de travail et le manque de temps. Elles soulignent la difficulté de s'investir avec la même constance dans tous les

nombreux projets. À cet égard, d'après les participantes, la DIRSI devrait prendre en considération le fait que ses ressources sont limitées.

« On est présent dans des projets majeurs mais malheureusement plus tard dans le processus » (Groupe de discussion CCSI/GEST).

« On ne peut pas faire un million de projets en même temps parce qu'on n'a pas la structure et les ressources » (Entrevue DSI-9).

« Il y en a beaucoup trop, tout le monde est essoufflé, tout le monde est à bout de souffle » (Entrevue CCSI-2).

En somme, selon les participantes, s'aligner sur les orientations ministérielles et organisationnelles, permet à la DIRSI de soutenir l'exercice du leadership stratégique en toute légitimité, auprès des autres directions. D'après plusieurs participantes, les projets concernant les soins infirmiers et la clientèle devraient faire l'objet d'un choix réfléchi et stratégique, ainsi que d'un investissement prioritaire de la part de la DIRSI, dans une visée de qualité des soins.

Capacité d'adaptation

La capacité d'adaptation réfère à l'habileté d'accomplir de multiples rôles et d'avoir divers comportements, permettant de s'adapter aux différents acteurs, selon les situations et les contextes dans l'organisation (Boal et Hooijberg, 2000). Trois thèmes ont été associés à cette capacité soit :

4. Recadrer les rôles pour augmenter l'influence à l'égard de la qualité des soins infirmiers;
5. Être partie prenante des processus décisionnels stratégiques;
6. Développer la capacité politique pour influencer la qualité des soins infirmiers.

Thème 4 : Recadrer les rôles pour augmenter l'influence à l'égard de la qualité des soins infirmiers

Ce quatrième thème, le recadrage des rôles pour augmenter l'influence à l'égard de la qualité des soins infirmiers, suggère que la DIRSI adapte ses rôles, ainsi que ses comportements, selon ses responsabilités dans une organisation en transformation. Ce thème est présenté à partir de trois sous-thèmes soit : 1) les responsabilités de la DIRSI, en regard de la qualité des soins infirmiers dans l'organisation, 2) l'exercice des rôles, selon les responsabilités de la DIRSI et 3) l'optimisation des pratiques cliniques et des services, à l'égard de la qualité des soins infirmiers. La figure 10 présente un diagramme illustrant le recadrage des rôles, à travers les responsabilités de la DIRSI.

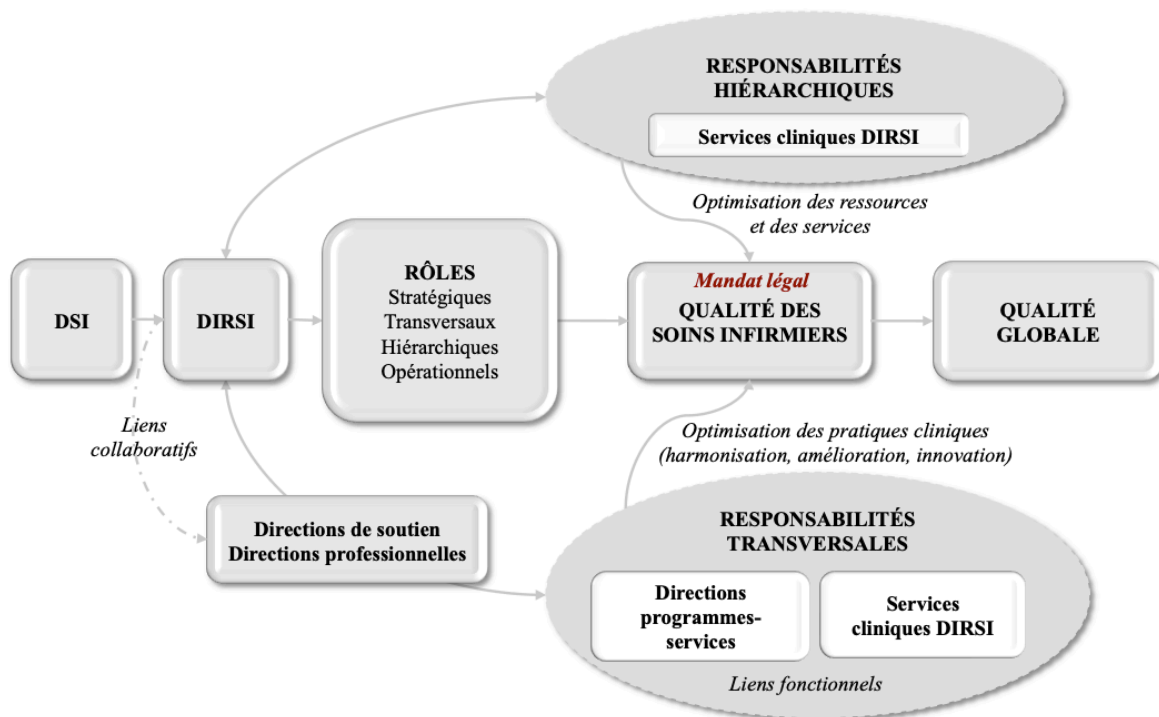


Figure 10. Recadrage des rôles à travers les responsabilités de la DIRSI

Plusieurs participantes mentionnent que, contrairement à d'autres directions, les responsabilités associées au mandat légal de la DIRSI, la rendent imputable de la qualité et des résultats des soins infirmiers dans l'organisation. Quelques participantes mentionnent que la mise en place de la structure organisationnelle de la DIRSI, l'a obligé à clarifier et à repositionner ses responsabilités hiérarchiques et transversales relatives à la qualité des soins infirmiers, auprès des directions programmes-services et de soutien. À cet égard, quelques participantes remettent en question l'utilisation de l'appellation « conseil », lorsqu'on réfère à la DIRSI. Elles précisent que la DIRSI n'est pas une direction-conseil qui se limite à conseiller les directions programmes-services sur les pratiques professionnelles ou l'amélioration continue de la qualité des soins. Pour ces participantes, la DIRSI ne devrait pas être considérée comme une direction qui est consultée, avec ou sans égard aux recommandations qu'elle fait. De plus, la DIRSI, selon certaines participantes, a un lien fonctionnel transversal avec toutes les directions programmes-services, y compris les services cliniques sous sa gouverne. Toujours selon certaines participantes, c'est par ce lien que la DIRSI applique son mandat légal, à l'égard de la qualité des soins infirmiers. De ce fait, certaines participantes soulignent que ce lien fonctionnel requiert le développement des liens étroits de collaboration avec les autres directions.

« La direction des soins infirmiers (...) elle est imputable au niveau de la qualité des soins [et] des soins infirmiers qui sont donnés dans l'ensemble de notre CISSS » (Entrevue CCSI-1).

« La direction des ressources humaines et la direction des finances ne sont pas dans la LSSSS. La DSI oui et le mandat (...) est clairement indiqué dans la LSSSS. Donc il est où le problème ? » (Entrevue DSI-4).

« On a un défi de venir repositionner le volet qualité, entre autres, de la direction des soins infirmiers, puis, comment, à l'intérieur des différentes directions

cliniques et administratives, on trouve notre place, dans les différents dossiers, pour ne pas être toujours mis à l'écart » (Entrevue DASI-6).

« Je n'aime pas dire que la DSI a un rôle-conseil, pour moi on a un rôle fonctionnel » (Entrevue DSI-7).

De fait, pour certaines participantes, la mise en place de la LMRSSS, a généré la transformation du rôle de la DIRSI. Tandis que pour d'autres, il n'y a pas eu de changement : la mission, la vision et le rôle sont les mêmes. Toutefois, certaines précisions sont apportées par plusieurs participantes, en regard des rôles et des responsabilités transversaux et hiérarchiques de la DIRSI.

Premièrement, pour quelques participantes, le rôle et les responsabilités transversaux associés aux pratiques professionnelles et à la qualité des soins infirmiers constituent la clé de l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI. Selon quelques participantes, les responsabilités transversales exercées par la DIRSI, lui confèrent une position de choix pour soit : 1) développer une vision globale, une connaissance et une compréhension approfondies des enjeux relatifs aux pratiques professionnelles et à la qualité des soins infirmiers dans l'organisation et 2) évaluer les enjeux, établir les cibles d'amélioration, trouver des solutions et initier des changements selon les besoins spécifiques des directions cliniques.

« Le rôle de tout le monde a changé » (Entrevue DASI-6).

« Mon rôle est toujours le même. J'ai la même mission, j'ai le même mandat, j'ai le même rôle » (Entrevue DSI-2).

« La direction des soins infirmiers a un rôle transversal [ce qui] est la clé dans le leadership stratégique » (Entrevue CCSI-1).

« La direction des soins infirmiers [...] on est là pour entendre les enjeux, des fois on les voit avant eux parce qu'on est tellement ancrés dans toutes les directions cliniques, et on est vraiment là pour travailler en collaboration,

trouver des solutions rétroactives et initier des changements majeurs » (Entrevue DASI-4).

Conséquemment, la DIRSI exerce un rôle de type transversal qui lui permet : 1) d'influencer et de positionner sa vision de la qualité des soins, au sein des autres directions, 2) d'assurer le soutien et le partage de son expertise, à l'ensemble des gestionnaires cliniques, infirmiers et non infirmiers, des directions programmes-services, 3) de contrôler et de surveiller les activités des soins (p. ex. : la qualité des soins dans les ressources intermédiaires), 4) de contribuer à l'amélioration de l'organisation des soins (p. ex. : la révision des ratios, la mise en place de modèles d'organisation des soins en collaboration avec la direction concernée), 5) de s'assurer du plein exercice infirmier, pour améliorer l'accès de la clientèle aux soins (p. ex. : la prescription infirmière, l'évaluation physique et mentale), 6) mesurer la performance des équipes de soins et 7) s'intéresser au travail interprofessionnel.

« Quand on parle des enjeux de qualité, on regarde dans chacun des secteurs ce qui pourrait être le plus pertinent dans l'amélioration de qualité (...) on choisit des enjeux qui peuvent s'appliquer dans l'organisation, qui peuvent être des projets aussi qui se transposent d'un service à l'autre » (Entrevue DSI-9).

« Exercer un rôle transversal sur toutes les activités (...) hospitalières [et] ambulatoires, même celles qui ne sont pas sous ma responsabilité directe ça me permet aussi de mesurer la performance des équipes, l'organisation du travail, le rendement des équipes qui sont sous ma responsabilité et de m'intéresser à toutes les activités interprofessionnelles dans tous les secteurs qui sont sous ma responsabilité » (Entrevue DSI-2).

« La conseillère-cadre (...) assiste à des rencontres de gestion des services où on s'assure d'avoir toujours une préoccupation clinique qui [soit] mise à l'ordre du jour. On est là aussi pour s'assurer que (...) les décisions de gestion qui sont prises ne touchent pas la qualité où en tout cas, s'assurer de prévenir l'impact sur la gestion des risques, la sécurité, la qualité des soins, le développement de la pratique infirmière, etcétera » (Entrevue DASI-3).

De plus, quelques participantes mentionnent, dans le contexte des CISSS et des CIUSSS, certains défis pour la DIRSI, lorsqu'elle exerce un rôle transversal soit : 1) les recommandations de la DIRSI peuvent soulever des exigences que les directions programmes-services ne souhaitent pas nécessairement avoir, 2) les gestionnaires cliniques de formation autre qu'infirmière, exercent plus de pression parce qu'ils ont besoin d'un encadrement plus serré de la part de la DIRSI et 3) la nécessité d'avoir des ressources spécialisées et formées en conséquence. En regard des ressources, selon certaines participantes, il faut assurer le maintien des connaissances sur les bonnes pratiques, auprès de nouvelles clientèles très diversifiées (p. ex. : les CPEJ, CR). Or, certaines participantes, conscientes de la nécessité de se maintenir à jour, soulignent que plusieurs membres de la DIRSI, peinent à actualiser leurs connaissances avancées en soins infirmiers. Pour plusieurs participantes, les DASI-PP et les CCSI sont davantage associées au rôle transversal de la DIRSI.

« La direction des soins infirmiers avec un volet pratiques professionnelles transversales avec des recommandations, des conseils que les autres directions ne peuvent pas vraiment faire fis. Et donc parfois ça leur sert de levier, mais parfois ça leur crée des exigences qu'elles auraient souhaité ne pas avoir » (Entrevue DASI-2).

« Il y a beaucoup de chefs d'unité en hébergement qui ne sont pas infirmières (...) ça vient mettre un peu de pression sur ma direction des pratiques professionnelles parce que ça demande un encadrement plus serré » (Entrevue DSI-5).

« C'est un des défis majeurs à l'interne de la DSI au niveau des ressources, parce que ça prend des ressources spécialisées en fait là pour faire ce type d'emploi » (Entrevue CCSI-5).

« Depuis 2 ans, je n'ai pas fait aucune recension d'écrits... » (Entrevue CCSI-8).

Deuxièmement, selon quelques participantes, depuis la mise en place de la LMRSSS, la DIRSI a un rôle et des responsabilités hiérarchiques et opérationnelles qui l'amènent à exercer plus d'influence sur la gestion de certaines unités de soins et de services (p. ex. : médecine, chirurgie, salles d'opération, prévention des infections), parce qu'elles sont en général sous sa gouverne. D'après certaines participantes, la DIRSI est imputable des résultats de ces services, au même titre que les autres directions cliniques. De fait, certaines participantes ont l'impression que la DIRSI a tendance à concentrer la plupart de ses actions et à investir plus de temps pour répondre aux orientations ministérielles et gérer ses services et moins dans la gestion des pratiques professionnelles. Certaines participantes soulignent que la DIRSI exerce un rôle de niveau hiérarchique et opérationnel, ce qui lui permet de : 1) communiquer sa vision de la qualité des soins infirmiers, 2) gérer les ressources (humaines, matérielles, financières et technologiques) des unités de soins et des services, 3) mobiliser les équipes de soins, 4) implanter les orientations ministérielles et organisationnelles 5) assurer la fluidité des continums de soins et des services et 6) contrôler les suivis d'indicateurs des résultats de soins et de performance. Certaines participantes soutiennent que la plupart des DIRSI n'exerçaient pas de responsabilités hiérarchiques avant la mise en place de la LMRSSS et que, conséquemment, elles modifient leurs façons de gérer les soins infirmiers. Dans le contexte actuel, selon plusieurs participantes, la priorité ne semble pas être accordée nécessairement aux responsabilités transversales de la DIRSI.

« L'influence (...) est plus grande au niveau des opérations de la direction des soins, (...) parce que c'est sa direction, ses équipes mais est-ce qu'elle a une plus grande influence sur l'ensemble des autres directions cliniques, à mon avis non. Pas plus qu'avant » (Entrevue CCSI-1).

« Je regarde principalement la qualité des soins infirmiers, mais comme responsable des activités cliniques, je suis également imputable de l'ensemble des résultats » (Entrevue DASI-1).

« Avant la loi 10 je n'étais pas opérationnelle, je n'avais pas les responsabilités des opérations cliniques, j'avais les responsabilités professionnelles » (Entrevue DSI-3).

« On a une (...) grosse partie qui est liée ce qui fait que dans le fond les pratiques professionnelles c'est peut-être plus la priorité numéro un de la directrice des soins (...) on a beaucoup d'optimisation à faire de ce côté-là, donc c'est sûr que c'est un peu différent que d'avoir une DSI qui est dédiée au développement de la pratique et à la qualité des soins » (Groupe de discussion CCSI/GEST).

En outre des responsabilités et des rôles transversaux et hiérarchiques, selon plusieurs participantes, la DIRSI doit exercer un rôle de plus en plus stratégique dans les organisations, en regard de la qualité des soins infirmiers. Ce rôle lui permet de : 1) réfléchir stratégiquement à la façon de positionner les soins infirmiers, 2) déterminer les priorités de soins, 3) agir en amont des situations problématiques, 4) s'assurer d'intégrer le leadership clinique, 5) participer aux différentes instances où elle exerce son leadership et agit en modèle de rôle. Selon certaines participantes, les DSI, les DASI et les CCSI sont appelées à travailler de plus en plus à un niveau stratégique dans les organisations de santé et à exercer davantage un leadership stratégique dans le cadre de leurs fonctions.

« Nos rôles doivent être davantage un peu plus stratégique qu'ils ne pouvaient l'être avant » (Groupe de discussion DASI).

« Il faut que je sois dans la sphère stratégique pour guider mes équipes, insuffler le leadership, être un modèle de rôle, un leader mobilisateur et transformationnel » (Entrevue DSI-4).

« Le rôle de mes conseillères-cadres c'est vraiment des rôles stratégiques, déterminer des priorités, être alignées sur des bonnes pratiques, les lignes directrices (...) travailler avec les équipes » (Entrevue DASI-4).

En complémentarité, d'après une majorité des participantes, plusieurs demandes sont adressées à la DIRSI par les directions programmes-services, cliniques et de soutien pour optimiser les pratiques et les processus de soins. Selon plusieurs participantes, l'actualisation et le rehaussement des rôles de l'équipe de soins sont des défis importants pour la DIRSI, en regard des directions programmes-services. De fait, dans certains milieux, certaines participantes soulignent que des infirmières exercent des fonctions qui ne correspondent pas à leur champ d'exercice ou à leur formation académique. Également, ces participantes mentionnent que des outils cliniques ne sont pas actualisés. En raison de ce qui précède, plusieurs participantes sont d'avis que les projets d'harmonisation des pratiques entrepris, par la DIRSI, sont incontournables pour : 1) améliorer l'efficacité des soins infirmiers, par l'implantation des meilleures pratiques, 2) créer les conditions préalables à l'innovation et 3) atteindre de meilleurs résultats, en matière de qualité des soins. Certaines participantes sont d'avis qu'on ne peut pas parler d'innovation lorsque toutes les directions sont régies par les mêmes orientations. Il y a celles qui mentionnent que l'innovation a été délaissée, parce que la DIRSI a mis l'accent prioritairement sur l'harmonisation, et d'autres qui disent plutôt qu'il y a quelques projets novateurs, réalisés par certaines directions, mais avec une portée limitée à un service ou à un programme. Et il y a celles pour qui l'harmonisation est de l'innovation.

« Dans plusieurs CHSLD, la pratique clinique n'est pas ce qu'on s'attend d'une infirmière » (Entrevue CCSI-8).

« On réalise avec le CIUSSS qu'il y avait autant de façons de faire qu'il y avait d'installations, donc là on est en train de déterminer le standard à atteindre, et versus comment on réussit à harmoniser » (Entrevue DSI-7).

« Au niveau de la qualité des soins (...) on est de plus en plus à l'affût des recherches qui sont faites, d'aller chercher les meilleures pratiques et de les implanter pour le bénéfice de notre clientèle » (Entrevue GEST-6).

« On doit harmoniser les pratiques de manière à les standardiser pour atteindre des meilleurs résultats et une stabilité de nos résultats » (Entrevue DSI-6).

« On a mis l'innovation de côté, là on est beaucoup en harmonisation » (Groupe de discussion CCSI/GEST).

En regard des directions de soutien, plusieurs participantes soulignent que la DIRSI est impliquée activement, avec la DRH et la direction des finances (DF), dans de nombreux dossiers portant sur les ressources humaines et financières tels : 1) la dotation, 2) la disponibilité des ressources qualifiées et compétentes, 3) la gestion et l'affectation du personnel 4) le processus de recrutement, 5) la structure des effectifs, 6) la planification de la main-d'œuvre et 7) l'organisation du travail. D'autres participantes mentionnent que la DIRSI est confrontée à certains défis à l'interne, en regard de ses ressources proprement dites, notamment : 1) la mouvance des gestionnaires suite à l'implantation de la LMRSSS, 2) la définition des rôles des gestionnaires, 3) les postes non comblés et 4) le plan de la relève.

« On est aussi responsable de l'affectation et de l'insertion de la main-d'œuvre en soins infirmiers. Ça nous amène à avoir des concertations avec toutes les directions clientèle, mais également des ressources humaines et des directions financières » (Groupe de discussion DASI).

En somme, selon certaines participantes, les responsabilités transversale et hiérarchique de la DIRSI l'amènent à exercer différents rôles stratégiques, transversaux, hiérarchiques et opérationnels, auprès des directions programmes-services, cliniques et de soutien. Certaines participantes associent les responsabilités transversales davantage à l'exercice du leadership stratégique en matière de qualité des soins infirmiers. Dans le contexte de la restructuration, plusieurs participantes évoquent la nécessité, pour la DIRSI, d'exercer un rôle de plus en plus

stratégique dans l'organisation, pour avoir une plus forte influence en ce qui concerne la qualité des soins infirmiers.

Thème 5 : Être partie prenante des processus décisionnels stratégiques

Ce cinquième thème, être partie prenante des processus décisionnels stratégiques permet d'illustrer les différents processus décisionnels, dans lesquels la DIRSI est concernée, au sein de l'organisation. Ce thème est présenté à partir de deux (2) sous-thèmes soit : 1) la contribution de la DIRSI, dans la prise de décisions et 2) le niveau d'influence exercée par la DIRSI, selon la nature des décisions. La figure 11 illustre la participation de la DIRSI dans les processus décisionnels.

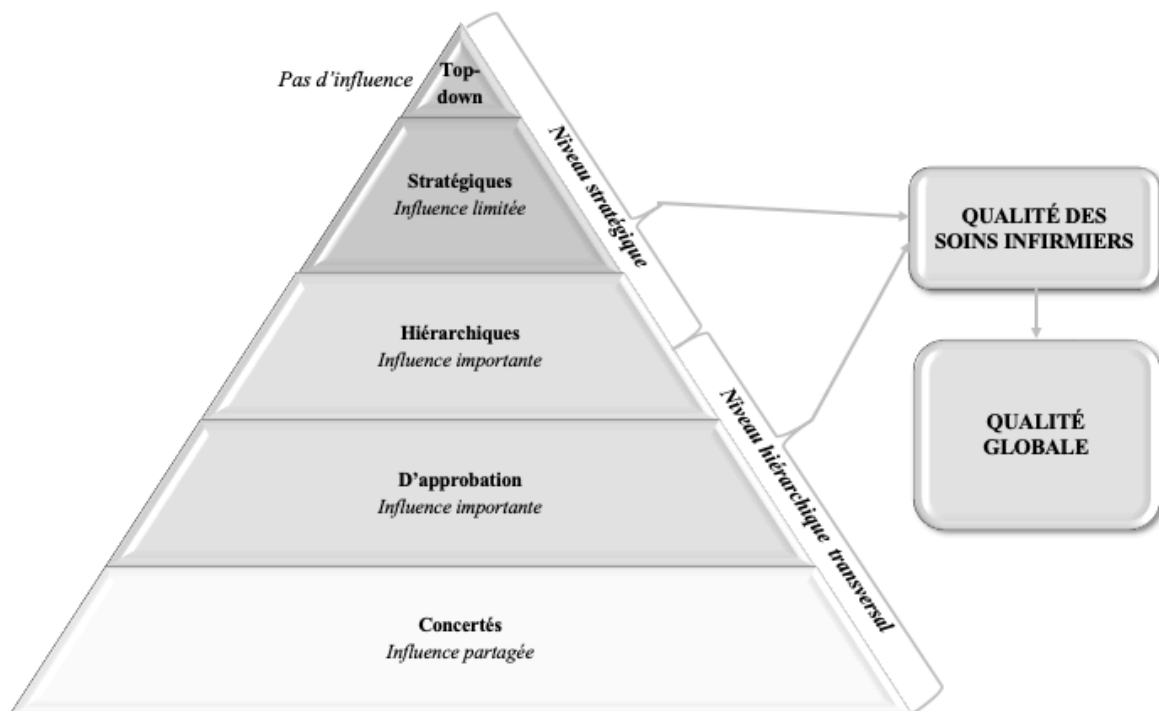


Figure 11. Participation dans les processus décisionnels

Plusieurs participantes mentionnent que la capacité d'influence de la DIRSI, dans les différents processus décisionnels, notamment en matière de pratiques professionnelles et de qualité des soins, est très importante. Pour quelques participantes, la DIRSI ne se limite pas seulement à influencer ces processus, mais elle a une réelle contribution à la prise de décisions. Pour certaines participantes, la DIRSI exerce plus de pouvoir, à cause de l'importance des soins infirmiers, dans les organisations. Cependant, une participante soutient qu'aucune direction ne devrait avoir plus de poids qu'une autre. Elles devraient être considérées d'égale à égale, lors de la prise de décisions. Il ressort également que la DIRSI est souvent sollicitée, soit pour participer à des comités ou pour accompagner d'autres directions programmes-services, lors de la prise de décisions. Certaines participantes pensent que, par sa crédibilité clinique, la DIRSI suscite la réflexion des collaborateurs et les amène à prendre des décisions éclairées et fondées sur les meilleures pratiques. Toutefois, certaines participantes insistent sur l'importance, pour la DIRSI, de continuer à communiquer les responsabilités de son mandat, pour améliorer sa participation aux processus décisionnels.

« J'aime le terme influencer mais j'essayais de trouver un autre terme (...) parce que (...) dans plusieurs décisions ou plusieurs des projets c'était plus qu'influencer, on avait vraiment un apport » (Groupe de discussion DASI).

« Je pense qu'on a une grande influence dans plusieurs décisions étant donné que notre rôle en fait c'est de donner les soins et le core business de l'hôpital, du CISSS c'est de donner les soins » (Groupe de discussion DSI).

« Je ne m'attends pas à ce que la direction des soins ait une importance plus grande qu'une autre ou que sa décision pèse plus » (Entrevue DSI-5).

« Le fait de faire connaître (...) le rôle de la direction des soins infirmiers en ce qui a trait aux responsabilités qui sont dévolues dans la LSSSS peut aider à augmenter notre contribution aux processus décisionnels » (Groupe de discussion CCSI-GEST).

Il est important de noter que, pour plusieurs participantes, l'influence dans les processus décisionnels présente certains défis, notamment lorsque : 1) la DSI n'est pas en mesure d'influencer le PDG ou le PDGA, sur les enjeux relatifs aux soins infirmiers, 2) la décision se prend en présence d'un groupe de professionnels (p. ex. : les médecins) ayant plus de pouvoir d'influence, 3) les processus décisionnels concernent plusieurs autres directions et 4) les activités infirmières sont laissées pour compte, par certaines directions programmes et directions cliniques.

« Si le PDG ou le PDGA pense d'une façon, je peux tenter de les influencer mais si je ne réussis pas, en bout de piste c'est eux qui décident » (Entrevue DSI-2).

« Comment gérer les décisions quand tes médecins prennent beaucoup de place » (Groupe de discussion DSI).

« C'est un enjeu [de] contribuer au processus décisionnel parce qu'il y a plusieurs joueurs autour de la table » (Groupe de discussion DASI).

« Des directions complètes qu'il faut influencer parce que l'infirmière a été mise de côté, parce que c'est une direction plus socio » (Entrevue CCSI-8).

Selon les participantes, l'influence de la DIRSI varie en fonction de cinq types de décisions soit : 1) « top-down », 2) stratégique, 3) hiérarchique, 4) d'approbation et 5) concertée, tel qu'illustrée par la figure 11. Tout d'abord, les décisions de type « top-down », d'après plusieurs participantes, découlent du MSSS et de la direction générale et ni la DIRSI, ni les autres directions, n'ont de pouvoir sur ce type de décision. Ensuite, certaines participantes considèrent que la DIRSI, plus précisément la DSI, fait partie d'emblée des décisions stratégiques. Dans certains milieux de soins, il apparaît difficile, voire même impossible, qu'une décision stratégique soit prise, sans consulter la DSI. Or, selon quelques participants, la DSI ne fait pas toujours partie prenante des décisions stratégiques. Il arrive

qu'elle soit consultée, mais que la décision soit prise dans d'autres circonstances et par d'autres personnes. Il est important de noter que les participantes réfèrent aux décisions stratégiques, sans toutefois les définir.

« On a des décisions qui descendent top-down » (Groupe de discussion DSI).

« Il y a beaucoup des commandes ministérielles qui sont faites où il n'y a pas grand monde qui a son mot à dire à part de comment qu'on va faire pour mettre ça en place pour que ce soit opérationnalisé de façon adéquate et sans trop de cris et de larmes » (Groupe de discussion CCSI/GEST).

« Je suis dans toutes les décisions stratégiques de l'organisation, comme DSI » (Groupe de discussion DSI).

« On n'est pas toujours aux décisions stratégiques » (Groupe de discussion DSI).

Selon plusieurs participantes, l'influence de la DIRSI est plus importante lorsqu'il s'agit des décisions de type hiérarchique, d'approbation et concerté. Dans un premier temps, d'après certaines participantes, la DIRSI a une très grande latitude concernant les décisions hiérarchiques (p. ex. : l'organisation du travail, l'attribution des ressources, la structure des effectifs, la gestion budgétaire), parce que ces décisions concernent les unités de soins qui sont sous sa gouverne. Dans un deuxième temps, la DIRSI peut exercer, selon des participants, une influence majeure dans les décisions de type d'approbation. Quelques participantes signalent que certaines directions cliniques interpellent la DIRSI tardivement, pour qu'elle avalise leurs projets. Dans ces cas particuliers, la DIRSI exerce une importante influence, car la faisabilité ou non d'un projet dépend de sa décision. Finalement, selon plusieurs participantes, la DIRSI prend régulièrement des décisions concertées avec les directions programmes-services, cliniques et de soutien, à l'égard des services et des pratiques

professionnelles. Ce type de décisions ne semble pas poser de défis particuliers; au contraire, elles se prennent dans un climat de collaboration et de collégialité, selon certaines participantes.

« Dans un hôpital les soins infirmiers c'est 80% à 90% de tous les services qu'on offre (...) c'est nous qui avons l'argent et c'est nous qui prenons les décisions financières en collaboration avec nos partenaires » (Entrevue DSI-3).

« Il y a d'autres directions qui, tout ce qu'elles veulent avoir c'est un stamp DSI approved, donc elles arrivent très tardivement, (...) elles veulent qu'on leur dise que c'est parfait pour pouvoir avancer » (Groupe de discussion CCSI-GEST).

« Les décisions sont prises par les pratiques professionnelles avec les chefs d'unités [et] l'apport des directeurs adjoints des différents programmes, donc on se rencontre, on regarde qu'est-ce qui doit être fait comme changement » (Entrevue GEST-6).

En somme, pour plusieurs participantes, la DIRSI exerce une influence sur les processus décisionnels, selon les situations et la nature de la décision. La contribution de chaque membre de l'équipe de la DIRSI semble nécessaire et souhaitable, pour influencer la qualité des soins infirmiers. Toutefois, une meilleure diffusion des responsabilités issues du mandat de la DIRSI est nécessaire, voire essentielle, pour augmenter la participation lors des processus décisionnels de type stratégique dans l'organisation.

Thème 6 : Développer la capacité politique pour influencer la qualité des soins infirmiers

Ce sixième thème, le développement de la capacité politique de la DIRSI, prend en considération les compétences que la DIRSI doit développer, pour influencer les différents acteurs dans l'organisation. Ce thème est présenté à partir de deux (2) sous-thèmes : 1) le

besoin d'avoir des habiletés, pour influencer la qualité des soins infirmiers et 2) le développement des compétences et des habiletés politiques spécifiques à la DIRSI. La figure 12 illustre le développement de la capacité politique de la DIRSI.

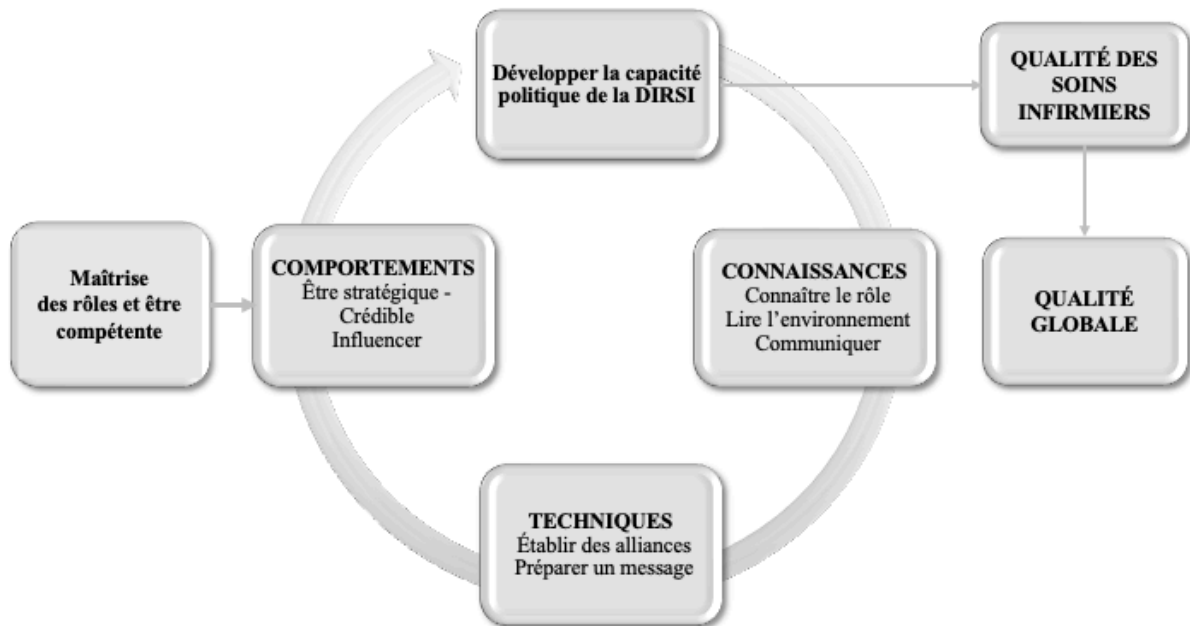


Figure 12. Développement de la capacité politique de la DIRSI

D’abord, la plupart des participantes soulignent que la DIRSI doit développer davantage d’habiletés politiques, pour influencer l’organisation et la qualité des soins, dans l’établissement de santé. Une participante définit une habileté politique comme étant une façon, pour la DIRSI de construire un discours stratégique et de formuler un argumentaire fondé sur des résultats probants, pour influencer les partenaires à initier des changements, pour le bien-être de la clientèle. Cette participante ajoute qu’une habileté politique n’est pas pour se faire du capital social individuel ou pour satisfaire ses intérêts personnels. Une autre participante fait un parallèle avec certaines directions, qui font état de leurs habiletés

politiques. Selon elle, ces directions ont plus de leadership et exercent plus d'influence sur la prise de décisions dans l'organisation. Ainsi, pour plusieurs participantes, le développement des habiletés politiques est indispensable pour mieux outiller la DIRSI, afin qu'elle exerce plus d'influence et davantage de leadership dans les organisations. Plusieurs participantes sont d'avis que la DIRSI est peu ou pas préparée, pour faire face aux dynamiques et aux enjeux politiques de l'organisation.

« Pour moi une habileté politique est d'obtenir des arguments pour venir opérer un changement au mieux-être de ma clientèle seulement si j'ai des données, des arguments et une raison de demander » (Entrevue DSI-1).

« C'est clair que pour être une DSI dans le monde d'aujourd'hui, ça prend beaucoup d'habiletés politiques » (Entrevue DSI-6).

« On est dans le politique (...) on est peut-être un peu mal préparés » (Groupe de discussion DSI).

« Il y a des directions qui ont plus de leadership parce qu'elles se prévalent de ses habiletés politiques » (Entrevue DSI-8).

Par ailleurs, selon quelques participantes, avoir des habiletés politiques a une connotation négative, parce que ça force l'adoption d'un comportement politique dans les interactions avec les autres. Ceci semble déranger certaines participantes.

« Ce n'est pas positif dans ma tête d'avoir des habiletés politiques » (Entrevue DSI-5).

« Je n'ai jamais entendu aussi souvent le mot politique dans toute ma carrière que maintenant et ça me dérange un peu » (Entrevue DASI-2).

Cela dit, plusieurs participantes mentionnent que pour exercer des habiletés politiques, il faut connaître et s'approprier son rôle, afin d'être en mesure d'influencer et de démontrer sa compétence, pour établir sa crédibilité clinique. Il ressort, de la part de ces participantes, que

le rôle et les compétences permettraient à la DIRSI de faire entendre son message et ses opinions. Les habiletés politiques de la DIRSI, d'après certaines participantes, sont maîtrisées à niveau variable. Certaines participantes soutiennent que ni les habiletés de gestion ni les habiletés politiques ne font partie de la formation académique reçue, par certains cadres de la DIRSI. Pour compenser le manque de formation, quelques participantes ont décidé de suivre des formations ponctuelles (p. ex. : leadership, habiletés politiques).

« Mais ces habiletés politiques (...) je le vois dans mon équipe il y en a qui l'ont, il y en a qui ne les ont pas, c'est un défi parce que ce n'est pas quelque chose qu'on a nécessairement appris » (Groupe de discussion DSI).

« Les habiletés politiques (...) si tu n'es pas compétent et tu ne sais pas de quoi tu parles, t'auras beau avoir des habiletés politiques, ton habileté politique, elle ne tient pas longtemps » (Entrevue DSI-7).

En outre, la DIRSI se doit de développer certaines habiletés politiques, tel que précisé par des participantes, notamment : 1) établir des alliances, 2) agir politiquement, 3) identifier le moment opportun pour mener un projet, 4) élaborer un message d'influence convaincant et 5) développer un esprit critique et prendre du recul dans une situation donnée. Pour certaines participantes, il importe également d'être politique, curieux, honnête et transparent dans les interrelations avec les différents partenaires. Pour d'autres, il est primordial de s'attarder à la façon dont la DIRSI articule et communique ses messages, avec un argumentaire logique et solide. De plus, certaines participantes abordent l'importance, pour la DSI, de maîtriser un discours lui permettant de discuter avec d'autres directeurs, à un niveau stratégique. Également, les participantes soulignent l'importance d'être bien préparées.

« Quand tu parles de pouvoir d'influence, pour moi ça rentre dans les habiletés politiques (...) d'être capable de prendre un commentaire, de reculer et de voir quelle stratégie qu'on va prendre » (Entrevue CCSI-8).

« Les habiletés politiques, travailler sur des buts communs (...) ça demande des habiletés d'écoute, de curiosité, d'être capable de recadrer (...) ces habiletés sont, essentielles [pour faire] avancer l'organisation des soins et services » (Entrevue DSI-3).

« Aller rechercher les bons partenaires au bon moment et d'avoir des bonnes collaborations (...) je pense que ça pourrait bien résumer ma pensée sur les habiletés politiques » (Entrevue CCSI-1).

Parallèlement à ce qui précède, quelques participantes soulignent que la lecture et la compréhension de l'environnement organisationnel font partie des habiletés politiques permettant à la DIRSI de s'adapter. Pour certaines participantes, la DIRSI doit connaître les différentes réalités, les cultures professionnelles, les particularités des pratiques professionnelles, la structure des équipes et les clientèles desservies par les différentes directions programmes et cliniques. De plus, certaines soulignent que la DIRSI doit comprendre les façons de faire des directions programmes-services et manœuvrer avec doigté en nommant les difficultés, sans porter un jugement sur ce qui a été fait, avant la mise en place de la LMRSSS. Certaines participantes insistent sur le fait que la DIRSI doit s'adapter et s'approprier un environnement continuellement en changement.

« Je pense qu'avoir des habiletés politiques c'est d'être capable de lire l'environnement, [le] comprendre et de s'adapter » (Entrevue DSI-5).

« Il faut que je fasse attention à ce que je dis quand je porte un jugement sur ce qui a été fait dans le passé parce que je ne veux pas défaire mes liens, il faut que je nomme, mais avec doigté, faire attention aux enjeux politiques » (Entrevue CCSI-8).

« On a dû apprendre à connaître les directions, à aller (...) voir partout les infirmières font quoi, c'est quoi [la] structure d'équipe, c'est qui [la] clientèle, comment vous faisiez telle chose avant et comment vous voyez qu'on va faire telle chose maintenant » (Entrevue CCSI-2).

En somme, plusieurs participantes soulignent que la DIRSI doit développer des habiletés politiques, pour augmenter son pouvoir d'influence dans l'organisation, en matière de qualité des soins infirmiers. Une meilleure formation sur les habiletés politiques semble incontournable pour bien outiller la DIRSI, dans le développement de sa capacité politique.

Capacité de gestion

La capacité de gestion réfère à la compréhension de l'environnement social et de ses interrelations (Boal et Hooijberg, 2000). On s'intéresse ici à ce qui motive, intéresse et mobilise le réseau de relations de la DIRSI et à comment elle utilise ces informations, pour guider ses actions et ses choix stratégiques, à l'égard de la qualité des soins infirmiers. Dans cette catégorie, un thème a émergé soit : établir des alliances stratégiques et collaboratives axées sur la qualité des soins infirmiers.

Thème 7 : Établir des alliances stratégiques et collaboratives axées sur la qualité des soins infirmiers

Ce septième thème, le développement d'alliances stratégiques et collaboratives axées sur la qualité des soins infirmiers, suggère avec qui la DIRSI établit des alliances et avec qui elle collabore dans l'organisation. Ce thème est décrit à partir de deux sous-thèmes : 1) la nature des interactions avec son réseau de relations et 2) les habiletés émotionnelles nécessaires aux interactions. La figure 13 illustre les interactions stratégiques et collaboratives de la DIRSI dans une visée de qualité des soins infirmiers.

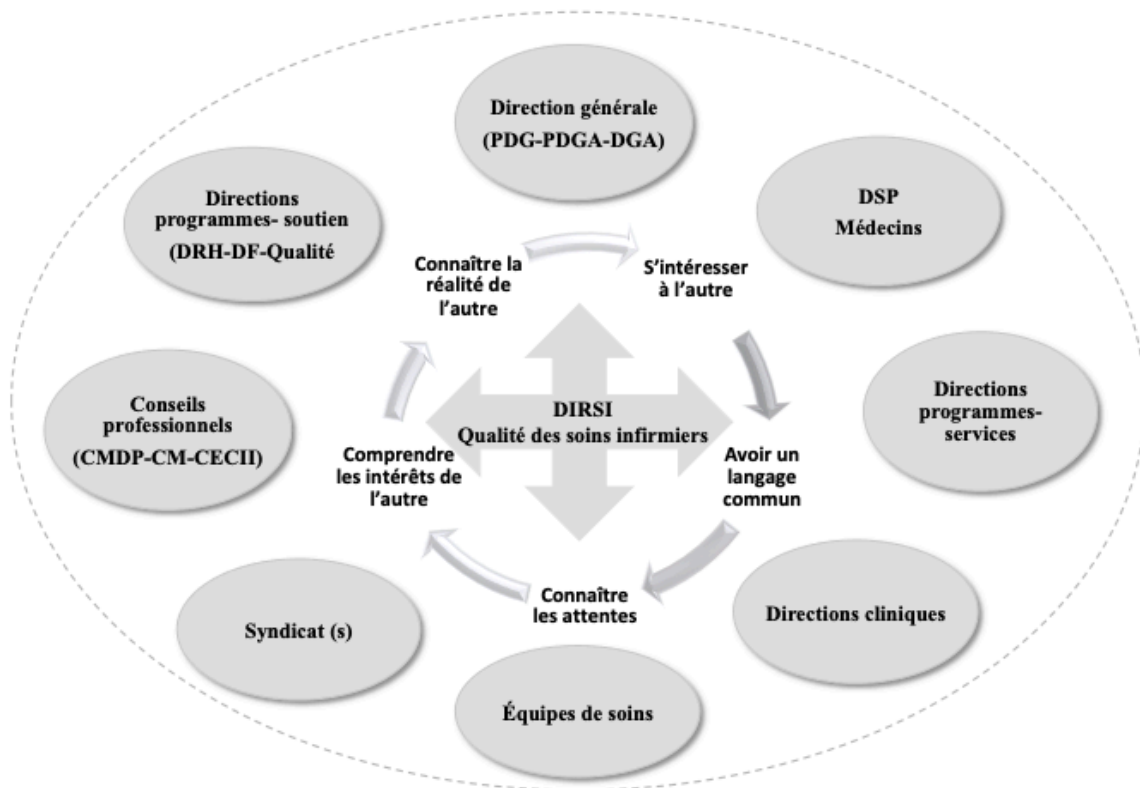


Figure 13. Alliances stratégiques et collaboratives de la DIRSI

Notons tout d'abord que, selon plusieurs participantes, la mise en place de la LMRSSS, a fait en sorte que le réseau de relations de la DIRSI se transforme, à cause notamment de la complexité de l'organisation. Certaines participantes soulignent qu'elles apprennent à travailler et à collaborer avec de nombreux nouveaux cadres, supérieurs et intermédiaires qu'elles connaissaient peu ou pas du tout. D'autres participantes mentionnent que la DIRSI tend vers le développement de relations stratégiques et collaboratives dans un milieu de travail où : 1) la gestion du changement se fait rapidement, avec peu d'information et peu de soutien, 2) l'alourdissement et le cumul des responsabilités pour la DIRSI augmente de façon importante et 3) le roulement du personnel-cadre de la DIRSI génère la perte d'expertise. À

cet égard, plusieurs participantes relèvent la nécessité, pour la DIRSI, de faire autrement, de gérer différemment.

« Tout-à-coup, ce qu'ils connaissaient de sécurisant n'y était plus (...) tout changeait puis personne disait qu'est-ce qui changeait » (Entrevue DSI-2).

« Il y en a qui ont hérité de plusieurs secteurs (...) en plus des multi-sites » (Groupe de discussion CCSI/GEST).

« Faire différemment les choses parce que ma tâche a doublé » (Entrevue DASI-8).

« Il y a des gestionnaires qui ont changé 2, 3 fois de place (...) 2, 3 fois de directeur adjoint » (Entrevue DSI-5).

« C'est un changement dans notre façon de gérer » (Groupe de discussion DASI).

Plusieurs participantes soutiennent que la DIRSI n'est pas toujours considérée comme une direction incontournable pour la qualité des soins infirmiers dans l'organisation. D'après elles, la DIRSI établit des alliances stratégiques avec son réseau de relations, dans certains projets stratégiques, pour les soins infirmiers (p. ex. : le déploiement des IPS) pour influencer et persuader ses alliés d'y adhérer. Il est aussi important, pour la DIRSI, d'identifier les alliés, de ceux qui ne le sont pas. Pour d'autres participantes, pour créer une alliance, il importe de prendre le temps nécessaire de s'intéresser à l'autre, connaître et comprendre ses priorités, ses enjeux, ses préoccupations et ses façons de faire. Pour quelques participantes, il est également souhaitable de se mettre à la place de l'autre, pour comprendre sa perspective devant une situation. Une participante souligne l'importance de parler davantage d'intelligence émotionnelle dans les milieux. Relativement aux alliances, plusieurs participantes estiment compter sur des alliés, parmi le réseau de leurs relations rapprochées.

« La direction des soins infirmiers est une direction qui doit être incontournable. Elle ne l'est pas nécessairement en tant que telle, on se doit de mettre les éléments en place pour que [ce] soit possible et pour moi ce sont les alliances stratégiques avec l'ensemble des acteurs, l'ensemble des directions et les médecins » (Groupe de discussion DASI).

« Comment influencer, comment aller chercher des alliés dans certains enjeux spécifiques, de bien identifier dès le départ dans des dossiers [celui] qui est ton allié et [celui] qui ne l'est pas » (Entrevue CCSI-2).

« Si tu veux créer une alliance (...) commence par être curieux de l'autre (...) par prendre le temps d'apprendre qui est l'autre, quelles sont ses priorités, quels sont ses enjeux, avant même de penser à vendre les tiennes » (Groupe de discussion DSI).

« Je dirais, quelque chose de super important, l'intelligence émotionnelle. On n'en parle pas assez dans notre milieu, c'est essentiel » (Entrevue CCSI-8).

Du côté des alliés de la DIRSI, plusieurs participantes en nomment deux en particulier : le PDG et la DSP. En premier lieu, pour quelques participantes, le PDG est un levier stratégique important pour la DIRSI, lui permettant de positionner le volet clinique dans l'organisation. Certaines participantes qualifient les interactions avec le PDG de significatives notamment lorsque ce dernier se rend accessible et démontre son intérêt pour les enjeux cliniques et la qualité des soins infirmiers. En deuxième lieu, plusieurs participantes qualifient la relation avec la DSP comme essentielle et stratégique pour l'avancement des pratiques infirmières et l'amélioration de la qualité des soins infirmiers. Pour certaines participantes, il y a une forme d'alliance professionnelle tacite et complémentaire entre la DSI et la DSP à l'égard de la qualité des soins. Elles travaillent ensemble, étroitement, dans plusieurs dossiers; elles exercent, selon certaines participantes, une influence stratégique sur les orientations cliniques et les prises de décisions organisationnelles. Selon d'autres participantes, lorsque la

DSP et la DSI partagent le même avis professionnel sur un sujet donné, il devient plus difficile à la direction générale d'aller à l'encontre de cet avis.

« Les alliances avec la direction générale ont été importantes pour moi » (Entrevue DSI-8).

« Notre principale alliée en ce moment c'est la co-directrice médicale parce que sans elle, il y aurait plusieurs choses qu'on ne pourrait pas faire avancer » (Entrevue DASI-10).

« Le PDG quand la DSI et le DSP disent la même affaire, mettons qu'il est bien mal placé pour aller à l'encontre de leurs propos » (Groupe de discussion DSI).

Outre les alliés, certaines participantes soulignent que la DIRSI interagit avec divers collaborateurs dans l'organisation, augmentant ainsi sa capacité d'action et son pouvoir d'influence dans les différentes situations. Tout d'abord, certaines participantes parlent de l'importance de travailler en collaboration avec les médecins et soulignent la nécessité de porter une attention particulière à la façon de communiquer avec eux. Cela signifie l'utilisation d'un discours structuré, qui soit basé sur les meilleures pratiques et les résultats probants. En d'autres mots, la crédibilité clinique et professionnelle de la DIRSI est primordiale pour établir un partenariat avec les médecins. Certaines participantes mentionnent que l'intérêt pour établir un partenariat infirmière-médecin, à tous les paliers organisationnels, est réciproque. À titre d'exemple, certaines participantes considèrent la cogestion avec les médecins comme un levier important pour la qualité des soins infirmiers.

« Avec les médecins, (...) plus on est structuré dans notre pensée, plus on est capable de s'appuyer sur la littérature et d'arriver avec des preuves, plus c'est facile de passer quand on veut influencer un changement de pratique. Parce que dans le fond les médecins travaillent beaucoup comme ça » (Entrevue DASI-3).

« Ça fait une grosse différence de travailler main dans la main avec un médecin qui a une imputabilité, des responsabilités administratives, ça donne un énorme levier pour la qualité des soins » (Entrevue DASI-7).

« Il y a une bonne chimie entre les soins infirmiers et les médecins » (Entrevue GEST-6).

Plusieurs participantes sont d'avis que depuis la mise en place de la LMRSSS, la DIRSI a multiplié les interactions et a intensifié ses liens avec les directions programmes-services, cliniques et de soutien, pour atteindre les objectifs de performance clinique et organisationnelle. Selon certaines d'entre elles, les attentes des directions envers la DIRSI sont variables, parfois démesurées, en matière d'accompagnement, de soutien clinique et de partage des connaissances et d'expertises. D'autres soulignent que la DIRSI n'est pas toujours en mesure de répondre aux attentes des directions, parce qu'elle ne dispose pas de ressources suffisantes. Selon les participantes pour mieux travailler avec ces directions, la DIRSI doit améliorer ses mécanismes de communication et de concertation, afin de mieux cerner les enjeux, les priorités, les attentes et les besoins respectifs. Certaines participantes mentionnent que le travail de collaboration et de concertation, caractérise les interrelations de la DIRSI avec les autres directions. L'interdisciplinarité s'inscrit dans cette même logique. Par contre, plusieurs participantes soulignent que travailler ensemble, avec les directions cliniques pour s'assurer de la prestation sécuritaire des services, demeure un défi. Par ailleurs, les interactions peuvent être plus conflictuelles avec certaines directions (p. ex. : avec celles qui transfèrent leurs problèmes à la DIRSI). D'autres participantes mentionnent également des interactions plus tendues avec des directions cliniques, qui ont une pratique en silo ou qui sont en compétition.

« Ils ont des grandes attentes et des attentes auxquelles on ne peut pas répondre (à cause du) nombre de conseillères-cadres (pour) le territoire (...) à couvrir. Donc on ne peut pas aussi rapidement qu'avant répondre à leurs attentes, les soutenir dans leurs projets » (Groupe de discussion CCSI/GEST).

« C'est variable d'une direction clinique à l'autre, certaines ont beaucoup d'attentes, certaines (en ont) moins (...), certaines des attentes ne nous appartiennent pas donc (il faut) recadrer » (Entrevue CCSI-8).

« Le défi c'est d'identifier les enjeux avec l'ensemble des directions cliniques et puis travailler ensemble pour s'assurer d'une prestation sécuritaire des soins » (Groupe de discussion DASI).

« Il y a toujours de la compétition par rapport au financement ou dans les projets » (Entrevue DSI-8)

« Il y a du silo entre les directions où chacun se bat l'une contre l'autre pour optimiser » (Groupe de discussion CCSI-GEST).

Plusieurs participantes affirment que la DIRSI valorise et favorise la gestion de proximité et que ce type de gestion s'avère fondamental pour accompagner, consulter, impliquer et mobiliser les équipes de soins. Pour amorcer des changements, il importe, selon elles, d'être présentes auprès des équipes afin d'établir un lien de confiance avec elles. Toujours selon les participantes, cette proximité permet à la DIRSI :1) de comprendre leur réalité, 2) d'influencer les changements, 3) d'établir des relations plus personnelles, 4) de s'assurer directement de la qualité des soins et 5) de prendre de meilleures décisions. Une réelle préoccupation de la part des participantes en résulte, assurant la mise en place des mécanismes formels et informels, permettant à la DIRSI d'être présente en personne ou virtuellement, auprès des équipes de soins (p. ex. : les tournées des unités de soins par la DSI). Également, pour plusieurs participantes, l'intégration des CCSI dans les comités de gestion des directions programmes-services constitue un moyen efficace et efficient pour

identifier leurs besoins, entendre leurs réalités et établir des attentes réalistes de part et d'autre.

« J'essaie d'être le plus présente possible physiquement auprès de mes équipes [et] d'être disponible en tout temps auprès de mes assistantes, que ce soit par téléphone ou par courriel » (Entrevue GEST-9).

« Même si on est un grand établissement, (...) être proche des gens, proche de leur réalité, ça va nous permettre de prendre des meilleures décisions » (Entrevue DSI-2).

« Nos conseillères-cadres (...) font partie des comités de gestion de chacune des directions de clientèles (...) c'est une participation qui est essentielle parce que [elles] entendent les réalités des gestionnaires [et] des directeurs » (Groupe de discussion DASI).

Selon des participantes, la DIRSI compte sur le soutien des répondants DRH et DF qui lui sont assignés pour la gestion du suivi budgétaire et des ressources humaines. Certaines participantes soulignent que le partage des responsabilités n'est pas clair, en regard de la gestion des ressources humaines (p. ex. : le suivi des compétences). En revanche, d'autres participantes ont souligné la collaboration avec les directions de soutien, à l'égard de la qualité des soins, pour la gestion du budget, le suivi du personnel ou de la mise en place des technologies de l'information et des communications.

« Le budget (...) on a un répondant RH et un répondant finances par direction (...) on travaille quotidiennement ensemble (...) et on essaie de faire les meilleurs choix qui ont le moins d'impacts sur la clientèle et sur les employés avec les ressources qu'on a » (Groupe de discussion DASI).

Concernant les conseils professionnels, certaines participantes soulignent que le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) n'a ni le même pouvoir, ni les mêmes leviers que le Conseil des médecins et des pharmaciens (CMDP), pour exercer son mandat dans les établissements

de santé. Pour les participantes, la DIRSI devra s'investir davantage pour contribuer à consolider le CII, pour qu'il devienne un levier supplémentaire dans la réalisation du mandat de la DIRSI, en matière de qualité des soins infirmiers.

« Le jour où le CII va être aussi fort dans un établissement que le CMDP, je serai très heureuse » (Entrevue DASI-7).

« Si le CII dans un établissement avait autant de pouvoirs et des leviers qu'un CMDP, je pense qu'on aurait un levier supplémentaire » (Groupe de discussion DASI).

« On a encore beaucoup de travail à faire (...) et de synergie à développer avec le CII parce qu'il n'a pas de pouvoir aussi fort que le CMDP. Alors si le CII avait un pouvoir aussi fort que le CMDP, [il] serait une alliance intéressante pour la direction des soins infirmiers pour jouer son rôle » (Entrevue DASI-3).

Finalement, selon quelques participantes, les interactions entre les syndicats et la DIRSI dans les établissements sont à géométrie variable. Dans ce sens, certaines participantes soulignent que le syndicat est une des parties prenantes dans l'organisation. Ces mêmes participantes soulignent que dans certains milieux, la DRH a monopolisé les interactions avec la partie syndicale, en excluant la DIRSI des échanges et des communications. Pour elles, la DIRSI a un rôle important à jouer, car son expertise la rend capable de déterminer les exigences académiques et professionnelles, concernant la structure de postes du personnel infirmier.

« Ici, on était dans une culture au niveau des RH, où la DSI ne rencontrait pas le syndicat. Moi, je n'ai pas été habituée à ça. J'avais des rencontres statutaires avec les instances syndicales, elles savaient où je me logeais. Quelques fois ça marchait et quelques fois ça ne marchait pas, mais elles savaient pourquoi ça ne marchait pas. Ici, la DSI est, selon moi, trop loin du syndicat » (Entrevue DSI-7).

« Tous les changements se font (...) avec les syndicats pour les informer, leur demander leur avis » (Entrevue DASI-10).

En somme, selon plusieurs participantes, la DIRSI développe des alliances stratégiques, notamment avec le PDG, la DSP et les médecins, parce que ces alliés lui permettent d'assumer ses responsabilités, en matière de qualité des soins infirmiers. En outre, la DIRSI développe des liens collaboratifs avec les directions programme-services, cliniques et de programmes-soutien, pour augmenter sa capacité d'action et son pouvoir d'influence, dans les différentes situations susceptibles d'améliorer et de maintenir les standards de qualité de l'exercice professionnel infirmier et de la qualité des soins infirmiers. Le développement d'alliances stratégiques et de liens collaboratifs avec les différents partenaires exige de la DIRSI de se soucier, de plus en plus, de leurs intérêts, de leurs motivations, de leurs préoccupations, de leurs réalités, autant que de ceux de sa propre équipe de cadres.

En résumé, cette section a permis de répondre à la première question de recherche. La description de sept thèmes fournit une meilleure compréhension des composantes structurantes identifiées par la DIRSI, associées aux capacités de l'exercice du leadership stratégique (Boal et Hooijberg, 2000). La description détaillée de ces sept composantes, à partir d'une perspective disciplinaire et collective des participantes, permet l'élaboration d'un portrait global des axes d'influence et des points à améliorer pour la DIRSI. De plus, force est de constater que le plein développement de ses capacités, associées à l'exercice de son leadership stratégique, n'est pas uniforme et éclairé, nous l'espérons, les volets à clarifier et à développer pour ainsi rendre plus visible sa contribution à la qualité des soins infirmiers et à la performance organisationnelle.

Composantes professionnelles et organisationnelles

Les résultats présentés dans cette deuxième section permettent de répondre à la deuxième question de recherche soit : quelles composantes professionnelles et organisationnelles, selon les DIRSI, favorisent ou contraignent leurs capacités d'exercer un leadership stratégique, dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec? Les thèmes émergents permettent de comprendre comment la DIRSI semble être influencée par des composantes contextuelles, structurales et organisationnelles dans l'exercice de son leadership stratégique. À partir du modèle de (Hambrick, 1989), quatre thèmes sont identifiés par les participantes soit : 1) la crédibilité clinique, 2) l'équipe formée aux cycles supérieurs et en nombre suffisant, 3) la culture organisationnelle et 4) la taille de l'établissement.

Dans les pages suivantes, ces thèmes sont présentés et illustrés par des extraits d'entrevues.

Composantes professionnelles

La majorité des participantes souligne la crédibilité clinique et l'équipe formée aux cycles supérieurs et en nombre suffisant comme deux composantes professionnelles, qui contribuent à l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI dans l'organisation. Tout d'abord, plusieurs participantes mentionnent que la DIRSI est reconnue pour sa compétence et sa crédibilité dans les organisations de santé. Plusieurs autres mentionnent qu'on accorde de la crédibilité clinique à la DIRSI, parce qu'on fait confiance à son savoir, à ses connaissances et à son expertise. D'autres participantes soulignent que la DIRSI a une bonne réputation, une véritable voix pour influencer les façons de faire, à tous les niveaux de l'organisation.

« Pour être une DSI dans le monde d'aujourd'hui (...) ça prend (...) ce que j'appellerais la crédibilité clinique » (Entrevue DSI-6).

« Les gens ont confiance en nous, vont nous interpeler (...) on a vraiment une bonne crédibilité et on a beaucoup d'espace de parole et à tous les niveaux » (Entrevue CCSI-8).

« On doit continuer à être crédible et pour être crédible dans tout ça il faut avoir le savoir, avoir nos connaissances et savoir à qui on parle aussi » (Groupe de discussion DASI).

Ensuite, quelques participantes estiment que d'importants efforts ont été faits pour restructurer l'équipe de la DIRSI, selon les exigences du MSSS. Plusieurs d'entre elles soulèvent que la DIRSI a dû assumer les responsabilités de son mandat, en ayant une équipe limitée et, dans certaines situations, peu expérimentée. De plus, toujours selon certaines participantes, le changement de statut, notamment des CCSI dans certains milieux, a eu un impact sur la capacité de la DIRSI à exercer son mandat et son influence, en matière de qualité des soins infirmiers. De ce fait, certaines participantes soutiennent que la DIRSI a besoin d'avoir une équipe d'expertes, qu'elles soient en nombre suffisant et formées au 2^e cycle. Cette équipe doit posséder des connaissances avancées et une expertise à la fine pointe des meilleures pratiques, pour permettre à la DIRSI d'exercer pleinement son mandat relativement à la qualité des soins infirmiers dans l'organisation.

« Dans la région on était [plusieurs] conseillères-cadres et maintenant on est [en nombre réduit] mais les gens s'attendent à avoir le même service, la même proximité » (Groupe de discussion CCSI/GEST).

« Quand on a restructuré la direction (...) l'ensemble de mes gestionnaires ont changé de fonction [ce qui représente] 100% des gestionnaires » (Entrevue DASI-4).

*« Le changement qu'on vit c'est le décadrement de ces postes de deuxième cycle »
(Entrevue DASI-3).*

« Pour qu'une DSI soit capable de jouer pleinement son rôle, ça lui prend une équipe (...) de niveau maîtrise qui permet d'être des experts de contenu, des porteurs de dossiers qui détiennent l'expertise, qui sont collés aux données probantes et qui travaillent dans une approche client avec les directions concernées » (Entrevue DSI-7).

Composantes organisationnelles

Dans le cadre de cette étude, plusieurs participantes identifient la culture organisationnelle et la taille de l'établissement comme deux composantes organisationnelles ayant une influence sur la capacité de la DIRSI à exercer son leadership stratégique.

Premièrement, certaines participantes soulignent que la culture organisationnelle est un levier inestimable pour la DIRSI, parce qu'elle facilite l'exercice de ses rôles et de son mandat dans les organisations. Pour d'autres participantes, le PDG est le porteur de cette culture et son attitude envers la DIRSI détermine l'importance de la place qu'elle occupe dans l'organisation. Selon plusieurs participantes, une culture organisationnelle axée sur la qualité et l'excellence des soins, contribue à légitimer l'apport de la DIRSI à l'implantation de nouvelles pratiques, de processus et de modèles d'organisation des soins. D'autres participantes soulignent que la culture exerce une grande influence sur le comportement, l'engagement et l'épanouissement professionnel du personnel-cadre. Plusieurs participantes soulignent que la DIRSI doit contribuer à transformer cette culture, pour qu'il y ait des milieux de soins favorisant le plein potentiel du champ d'exercice infirmier, des milieux de soins qui valorisent et reconnaissent la contribution des soins infirmiers à la qualité globale.

« La culture de l'organisation (...) c'est un levier (...) inestimable » (Groupe de discussion DSI).

« Le poids de la culture facilite grandement mon rôle maintenant parce que je ne sens pas cette recherche de légitimité dans chacun des échanges » (Groupe de discussion DSI).

« Je perçois comme culture dans notre environnement, l'apport, l'engagement de la DSI est nécessaire dans beaucoup d'éléments de notre organisation, d'implantation des nouvelles façons de faire, d'organisation de travail, de pratiques » (Groupe de discussion DASI).

« La culture de l'organisation va promouvoir tel ou tel comportement puis notre travail c'est de venir transformer cette culture que favorise l'utilisation du plein champ d'exercice et qui le valorise » (Entrevue DSI-2).

Or, depuis l'implantation de la LMRSSS, une majorité de participantes mentionne que leur environnement organisationnel est orienté par une culture caractérisée d'une approche « top-down ». Selon plusieurs participantes, cette approche laisse peu de place à la DIRSI pour créer, innover et prendre des initiatives. Certaines participantes ont l'impression de devoir exécuter des décisions et opérationnaliser des changements qui ont été réfléchis, structurés et planifiés ailleurs et par d'autres personnes. Une participante se questionne sur comment faire du sens auprès des équipes, tout en respectant les exigences imposées à la DIRSI.

« On est vraiment dans une approche qui est tout à fait « top-down », qu'on se fait dire quoi faire, qu'on se fait dire comment le faire » (Groupe de discussion DSI).

« On est à l'ère (...) de l'approche « top-down » dans les priorités ou les chantiers du ministre » (Entrevue DSI-1).

« On est dans une culture « top-down » dans le réseau (...) depuis la mise en œuvre de la loi 10, c'est excessivement « top-down » donc comment fait-on du sens auprès des équipes dans la nécessité d'être au rendez-vous de ce qui nous est imposé » (Entrevue DSI-4).

Deuxièmement, la majorité des participantes affirme que la taille de l'établissement représente un frein à l'exercice du leadership stratégique de DIRSI, notamment celle des CISSS et des CIUSSS, qui couvrent de grands territoires. Selon ces participantes, la DIRSI doit : 1) apprendre à développer de nouvelles alliances et de nouveaux liens de confiance, avec des gestionnaires de différentes directions répartis sur de grands territoires, 2) apprendre et s'adapter à gérer à distance, 3) planifier l'agenda, en tenant compte des temps de déplacement et 4) apprendre à utiliser les moyens technologiques disponibles dans l'organisation, pour communiquer à distance (p. ex. : visioconférence).

« Un des freins réels à l'exercice du leadership de la direction des soins infirmiers depuis la mise en œuvre de la loi 10, c'est la taille monstrueuse des établissements qui ont été créés » (Entrevue DSI-4).

« On gère de plus grands territoires (...) plus d'unité de soins, une coordonnatrice qui a sous sa responsabilité 10 chefs de services répartis sur un territoire » (Entrevue DASI-6).

« Le territoire est grand et il y a des équipes où il y a beaucoup d'infirmières et il y a des équipes où il y a très peu d'infirmières mais où il faut être autant présentes » (Groupe de discussion DASI).

En outre, selon plusieurs participantes, le processus de communication des informations cliniques et organisationnelles est devenu hiérarchique et bureaucratique dans les organisations de santé, notamment à cause de la taille des organisations. Le manque de communication dans l'organisation, selon quelques participantes, nuit à l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI. De fait, plusieurs participantes soulignent que l'étendue du territoire rend plus difficiles les communications de la DIRSI avec les équipes, notamment en regard de la transmission de la vision de la qualité des soins, des bonnes pratiques cliniques et des projets en cours en soins infirmiers.

« Maintenant c'est tellement hiérarchisé que ce n'est pas simple la communication (...) quand on veut aussi que l'information du terrain monte vers la direction, il y a tout un cheminement qui est un peu bureaucratique » (Entrevue DASI-2).

« Un autre défi qui peut avoir aussi pour exercer notre leadership stratégique c'est parfois un manque de communication à l'intérieur de notre organisation » (Entrevue CCSI-5).

« Comment rejoindre les infirmières sur le terrain puis bien transmettre la qualité, les bonnes pratiques, la vision qu'on s'attend (...) comment faire dans un contexte de CISSS et CIUSSS et de grands territoires » (Groupe de discussion CCSI/GEST).

En un mot, selon plusieurs participantes, la culture organisationnelle peut être un levier ou un frein à l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI dans l'organisation, selon qu'elle soit orientée vers la pleine réalisation des responsabilités associées au mandat de la DIRSI ou vers une approche « *top-down* ». De plus, d'après la majorité des participantes, la taille de l'établissement constitue un important défi pour la DIRSI pour communiquer sa vision de la qualité des soins infirmiers, à travers l'organisation.

En résumé, selon plusieurs participantes, la crédibilité clinique, l'équipe formée aux cycles supérieurs en nombre suffisant, la culture organisationnelle et la taille de l'établissement se conjuguent pour influencer la capacité de la DIRSI d'exercer son leadership. Dans ce contexte de transformation, selon les participantes, la DIRSI a besoin d'avoir une équipe solide pour soutenir la réalisation de son mandat, dans une visée de qualité des soins infirmiers dans l'organisation.

Perception d'efficacité du leadership stratégique par des DIRSI

Les résultats, présentés dans cette section, permettent d'aborder la troisième question de recherche soit : quelle est la perception des DIRSI quant à l'efficacité du leadership

stratégique sur la qualité des soins infirmiers. Deux thèmes permettent de répondre à cette question : 1) la perception du leadership exercé par la DIRSI et 2) le suivi des indicateurs de qualité des soins infirmiers.

Premièrement, plusieurs participantes sont d'avis que la DIRSI exerce de plus en plus un leadership stratégique, fort, positif et collaboratif, axé sur l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins infirmiers, dans les organisations de santé. En outre, selon plusieurs participantes, la DIRSI a une réelle préoccupation de s'assurer que le champ d'exercice infirmier soit pleinement occupé, en respectant les normes professionnelles dans les différentes directions programmes-services. C'est par ce leadership que la DIRSI, selon certaines participantes, joue le rôle de vigie quant aux meilleures pratiques, pouvant assurer des soins de qualité, dans un contexte organisationnel en transformation. Également, il y a une certaine tendance qui se dessine de la part de DIRSI, à savoir celle de travailler ensemble, au niveau national, pour exercer une influence sur la pratique infirmière dans les organisations. Or, plusieurs participantes soulignent que, dans le contexte de la transformation, la LSSSS confère à la DIRSI une imputabilité et des responsabilités qu'elle n'a ni le pouvoir ni les moyens d'assumer, ce qui limite la portée de ses actions.

« En ce moment, je pense que c'est un leadership qui est assez fort et positif, et bien présent, axé sur l'amélioration continue, la qualité des soins, la sécurité des soins » (Entrevue DASI-10).

« Au niveau du leadership stratégique comme vous le dites de la DSI, l'ensemble des organisations au niveau de la province ont des objectifs organisationnels qu'on va prioriser, effectivement des objectifs de directions des soins infirmiers pour tenter d'influencer la pratique effectivement au niveau de l'organisation » (Groupe de discussion DASI).

« Je suis contente de ne pas être directrice des soins parce que je pense que je serais malheureuse de porter une responsabilité que je n'ai pas les pouvoirs d'assumer » (Groupe de discussion DASI).

Deuxièmement, certaines participantes soutiennent qu'il est important, pour la DIRSI, d'avoir des gestionnaires hautement compétents, maîtrisant parfaitement leurs rôles respectifs et ayant une solide formation. Ceci lui permet de prendre sa place dans l'organisation. De plus, une participante soutient que, pour exercer de l'influence sur la qualité des soins infirmiers, la DIRSI doit être en mesure de partager sa vision de la qualité des soins infirmiers, à tous les paliers, de l'organisation.

« Ça prend des DSI drôlement solides, pour [qu'elles soient] capables de prendre leur place, des DSI qui ont une formation solide, qui ont de l'expérience » (Entrevue DSI-3).

« Si on veut vraiment avoir un leadership stratégique, il faut qu'on influence à tous les niveaux, donc la vision doit être transposée dans nos structures de gouverne » (Entrevue DSI-4).

Pour certaines participantes, la mesure des indicateurs cliniques et de gestion est un levier d'influence pour la DIRSI, en matière de qualité des soins infirmiers. De fait, selon plusieurs participantes, le suivi d'indicateurs permet à la DIRSI : 1) d'identifier, de façon proactive, les opportunités et les livrables d'amélioration de la qualité des soins infirmiers, 2) de s'assurer de l'adéquation des soins et des services à la population, 3) de mesurer la performance clinique (p. ex. : contentions, chutes, plaies de pression) et organisationnelle (p. ex. : taux d'absentéisme, taux d'occupation de salles, réadmission, complications postopératoires, satisfaction de la clientèle, la durée moyenne de séjours), 4) d'informer et de mobiliser les équipes de soins, en fonction des résultats des indicateurs.

« L'arrivée des indicateurs et des priorités ministérielles je pense que c'est de plus en plus présent. Quand on parle d'indicateurs on parle de rendement, on parle de livrables (...) nos livrables ce sont les soins de nos usagers de la meilleure façon possible mais au meilleur coût » (Entrevue GEST-10).

« On fait des suivis de certains indicateurs mais qu'on juge importants à la direction des soins infirmiers mais des indicateurs aussi qui sont priorisés par les infirmières chefs ou par les équipes elles-mêmes qu'on suit de façon systématique à tous les mois » (Groupe de discussion DASI).

En somme, selon plusieurs participantes, l'efficacité du leadership stratégique de la DIRSI passe par certaines actions soit : s'assurer du plein exercice infirmier, identifier de façon proactive les meilleures pratiques adaptées aux besoins de la population, mesurer et suivre des indicateurs cliniques et organisationnels, avoir du personnel-cadre hautement compétent ayant une solide formation et impliquer les équipes de soins dans l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers.

En résumé, ce quatrième chapitre a permis de faire une description riche et détaillée de l'exercice du leadership stratégique, à travers le prisme des leaders infirmiers des DIRSI positionnés aux échelons supérieurs, dans différentes organisations de santé. Les résultats présentent une perspective collective enrichie par la diversité de points de vue de ces leaders infirmiers dans un contexte de réforme des établissements de santé du Québec. La pertinence et la richesse des verbatim illustrent ce que les DIRSI font et, surtout, comment elles font pour exercer de l'influence sur la qualité des soins et sur la performance organisationnelle. Les éléments-clés suivants pourraient résumer les résultats de cette étude : positionnement stratégique, vision claire, choix stratégiques, recadrage des rôles et des responsabilités, habiletés politiques et émotionnelles, processus décisionnels stratégiques, établissement d'alliances, crédibilité clinique, équipe formée aux cycles supérieurs, culture organisationnelle

et taille de l'établissement. Chacun des éléments cités précédemment présente des zones d'influence, des opportunités et également des défis pour les DIRSI. Ces dernières sont appelées à exercer de plus en plus un leadership stratégique, dans une visée de qualité des soins, dans des organisations de plus en plus complexes. C'est dans cette optique que la discussion des principaux résultats est présentée dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Ce chapitre a pour objet de discuter des résultats de la recherche et de la méthode utilisée. Il se divise en quatre parties soit : 1) la description de l'exercice du leadership stratégique des directions des soins infirmiers (DIRSI), dans le contexte de réforme des établissements de santé au Québec en réponse aux trois questions de recherche de l'étude, 2) les considérations méthodologiques et les limites de l'étude, 3) la contribution au développement des connaissances en sciences infirmières et 4) les retombées énoncées pour la gestion, la pratique, la formation, la recherche et la dimension politique.

Description de l'exercice du leadership stratégique des DIRSI

La discussion portant sur la description de l'exercice du leadership stratégique est présentée à partir des principaux résultats issus des questions de recherche. Ces résultats sont discutés au regard des écrits scientifiques recensés et du cadre de référence de l'étude.

Première question de recherche

La première question de recherche aborde les trois capacités nécessaires pour exercer un leadership stratégique selon Boal et Hooijberg (2000). Le libellé de cette question est le suivant : comment des DIRSI décrivent-elles l'exercice de leur leadership stratégique à partir des capacités d'intégration, d'adaptation et de gestion dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec? En réponse à la première question de recherche, cinq thèmes ont émergé.

1. S'approprier le positionnement stratégique pour influencer la qualité des soins infirmiers

La présente étude révèle d'abord que le positionnement stratégique de la DIRSI dans la structure organisationnelle et la nouvelle gouvernance (hiérarchique et transversale) positionnent celle-ci favorablement, voire en position d'influence privilégiée, pour exercer du leadership stratégique sur la qualité des soins infirmiers dans l'organisation. Ce résultat corrobore ceux de la recherche de Hughes et Carryer (2011), qui consistait en une analyse documentaire des structures organisationnelles dans 15 hôpitaux en Nouvelle-Zélande. La recherche de Hughes et Carryer (2011) indique que lorsque le positionnement organisationnel de la DIRSI diffère d'un hôpital à un autre, son influence est alors limitée à l'égard de la qualité et de la sécurité des soins. De plus, l'analyse des résultats de la présente étude souligne l'urgence pour la DIRSI de prendre et de faire sa place dans les organisations. Ce résultat est similaire à la recherche qualitative descriptive menée par Disch et al. (2011) auprès de 33 gestionnaires infirmiers au Brésil. Les auteurs soulignent que reconnaître et s'approprier la place occupée dans la structure organisationnelle potentialisent l'exercice du leadership. Toutefois, l'analyse des résultats de la présente étude indique que la DIRSI, bien qu'elle soit positionnée favorablement, n'occupe pas toujours pleinement sa place et son influence demeure limitée au niveau stratégique dans l'organisation, selon, entre autres, deux éléments mentionnés : les liens avec la PDG et le mandat légal.

Premièrement, les résultats de la présente étude indiquent que certaines DIRSI réussissent à exercer plus d'influence lorsque la DSI a un lien direct avec la PDG; son opinion étant mieux considérée quant aux enjeux et aux défis relatifs à la gestion des services, à la sécurité et à la qualité des soins infirmiers. Les résultats de l'étude qualitative menée par

Hughes et al. (2015) auprès de 20 DSI et de 10 PDG en Nouvelle Zélande, apportent une perspective complémentaire en regard du lien entre la DSI et la PDG. Ces auteurs indiquent que 85 % des DSI se rapportaient à la PDG, 15 % des DSI relevaient d'un deuxième niveau d'autorité. Selon ces auteurs, seulement un peu plus de la moitié des DSI avait la perception d'exercer de l'influence et de faire partie des processus décisionnels. Dans la présente étude, l'analyse des organigrammes des DIRSI participantes révèle que 61 % des DIRSI se rapportent directement à la PDG et les 39 % autres relèvent d'un second niveau d'autorité. Les résultats révèlent également que certaines DSI mentionnent être consultées sans toutefois faire toujours partie des processus décisionnels de niveau stratégique. Ce résultat est contraire à ceux de Wong et al. (2010), lesquels soulignent que les cadres infirmiers sont impliqués dès le début du processus de prise de décisions, et ce, à tous les niveaux décisionnels. Ainsi, il est possible de penser que certaines DIRSI relevant d'un deuxième niveau d'autorité ne peuvent pas avoir accès à l'information et participer pleinement aux processus décisionnels de niveau stratégique dans leurs établissements de santé. Cette hypothèse est corroborée par l'étude de Hughes (2013) qui mentionne que lorsque la DIRSI relève d'un deuxième niveau d'autorité, elle ne peut pas participer aux discussions stratégiques.

Deuxièmement, les présents résultats indiquent, selon les DSI et les DASI, que le mandat légal octroie à la DIRSI une légitimité et une autorité que d'autres directions n'ont pas (p. ex. : les directions-programmes, les directions de soutien), à l'égard de la qualité des soins infirmiers dans les organisations. De ce fait, sans donner des précisions, pour certaines DASI, la DIRSI devrait exercer un leadership distinct des autres directions. La présente étude révèle que la légitimité du mandat et sa portée s'avèrent être à géométrie variable, selon la culture

organisationnelle qui est, selon une DSI et une CCSI, incarnée principalement par les PDG. Ce résultat coïncide avec ceux des études de Hughes et Carryer (2011) et Hughes et al. (2015), où il est souligné que le manque de légitimité et la participation limitée de la DIRSI aux processus décisionnels stratégiques, peuvent compromettre l'exercice de ses rôles et de ses responsabilités à l'égard de la qualité des soins infirmiers ainsi que sa contribution significative à la performance organisationnelle. Les présents résultats révèlent aussi que plusieurs participantes se voient dans l'obligation de rappeler leur mandat légal, de repositionner leurs responsabilités et de réaffirmer leur leadership, en matière de qualité des soins infirmiers, auprès des directions citées précédemment et même auprès des PDG dans leurs organisations respectives. En outre, les résultats de la présente étude indiquent, selon les propos de quelques DASI et CCSI, qu'il y a une méconnaissance de l'étendue du mandat de la DIRSI de la part des autres directeurs, ce qui peut les amener, involontairement, à outrepasser des obligations déontologiques et professionnelles relevant de la DIRSI. Ce résultat est corroboré par deux autres études soit : 1) la recherche qualitative réalisée par Hughes et al. (2015), dans le contexte des comités de direction des hôpitaux publics en Nouvelle-Zélande, qui mentionne qu'il y a de la confusion et de l'incompréhension à l'égard des rôles exercés par la DIRSI et 2) la recherche qualitative de Jones et al. (2016), portant sur l'expérience de 37 DSI dans les comités de direction, qui révèle que les autres directeurs ont une compréhension obsolète ou inexistante des soins infirmiers et une compréhension erronée du rôle des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau.

En résumé, s'approprier le positionnement stratégique pour influencer la qualité des soins infirmiers apparaît dépendant de la culture organisationnelle, de la nature du lien entre la

DSI et la PDG, de l'intégration de la DIRSI dans les processus décisionnels de niveau stratégique en matière de qualité des soins infirmiers et de la reconnaissance du mandat légal. Ce résultat est novateur, car il met en évidence des facteurs relationnels et organisationnels qui pourraient avoir une influence significative à la réalisation optimale du mandat légal de la DIRSI à l'égard de la qualité des soins infirmiers et de sa contribution à la performance organisationnelle. Le mandat légal et les facteurs ci-haut mentionnés n'ont pas été documentés dans d'autres recherches.

2. Développer et communiquer une vision claire de la qualité des soins infirmiers

Les résultats de la présente étude suggèrent que l'exercice du leadership stratégique passe par la capacité de la DIRSI à développer une vision de la qualité des soins infirmiers qui soit globale, transversale et stratégique. Ce résultat est similaire aux résultats de quelques études (Disch et al., 2011; Jeffs et al., 2018; Martin et al., 2014) qui soulignent l'importance d'avoir une vision globale et stratégique de la qualité des soins infirmiers pour l'orienter vers l'excellence des soins et contribuer ainsi à améliorer la performance organisationnelle. Notre étude corrobore les résultats de la recherche exploratoire qualitative de Jeff et al., (2018), menée auprès de 20 DSI dans les hôpitaux en Ontario, quant à l'importance pour les DIRSI de développer une vision globale et systémique à l'égard de la qualité des soins infirmiers.

De plus, les présents résultats révèlent notamment que pour certaines DSI et DASI, la vision de la qualité des soins est collaborative et multidimensionnelle. Tout d'abord, sa multidimensionnalité correspond, pour les DSI, à produire les meilleurs résultats possibles, pour la personne et ses proches, en ciblant les performances clinique et organisationnelle. Pour

les DASI, elle se traduit par une offre de services adaptée aux besoins de la clientèle et dispensée de façon efficace et efficiente. Pour les CCSI et les gestionnaires, elle se traduit par le plein exercice infirmier et la transversalité des services de qualité au sein de l'organisation. Le caractère multidimensionnel associé à la qualité des soins infirmiers requiert, selon une DASI, que la DIRSI adopte une posture collaborative moins corporative basée sur une gouvernance où le partage et la négociation, avec les différentes directions concernées, sont essentiels. Toutefois, la présente étude révèle que pour certaines DASI, CCSI et gestionnaires, la DIRSI n'a pas toujours une vision et des orientations claires à communiquer aux équipes de soins. Ce résultat coïncide partiellement avec le sondage de Herman et al. (2015) révélant les difficultés éprouvées par certains gestionnaires de la DIRSI, à partager une vision inspirante auprès des équipes de soins. Conséquemment, la diffusion de la vision de la qualité des soins infirmiers constitue un enjeu important pour les DIRSI.

En complémentarité, certaines DASI mentionnent que la qualité des soins infirmiers est une constituante essentielle de la qualité globale d'une organisation et qu'elle devrait être considérée comme un incontournable, au même titre que le budget. Ce résultat est corroboré par le sondage national de Jha et Epstein (2010) réalisé auprès de 722 comités de direction sur un total de 922 soit 78,3% et représentant 767 CH aux États-Unis. Ce sondage portant sur la place accordée aux questions relatives à la qualité des soins souligne que les suivis de la performance clinique sont à l'ordre du jour de 63% des comités de direction des CH et que le suivi de la performance financière est à l'ordre du jour de 93 % de ces mêmes comités. De ces faits, il est plausible de supposer que dans les directions programmes-services et de soutien, où la DIRSI n'est pas présente d'office, la qualité des soins infirmiers ne soit pas nécessairement

un sujet à l'ordre de jour. En outre, les résultats de la présente recherche indiquent que lorsqu'il est question de performance organisationnelle, il est nécessaire de distinguer la qualité des soins infirmiers de la qualité globale de manière à éviter la confusion auprès des équipes de soins. Ceci corrobore les résultats de Jones et al. (2016) sur l'importance pour la DIRSI de non seulement bien maîtriser les enjeux de la qualité des soins infirmiers mais de les traduire dans un langage managérial clair, précis, détaillé (p. ex. : risques, coûts, cibles, menaces, défis) et de les adapter aux intérêts des autres directions, augmentant ainsi sa capacité d'influence dans les processus décisionnels.

En résumé, le développement d'une vision globale, transversale et stratégique à partir de la complémentarité des perspectives des différents acteurs de la DIRSI, en regard de la qualité des soins infirmiers, constitue un résultat novateur de la présente étude. Cette complémentarité ne fut pas, à notre connaissance, documentée par d'autres auteurs. De plus, ce résultat soulève une importante prise de conscience quant à la capacité, autant pour la DIRSI que pour les autres directions, d'inscrire la qualité des soins infirmiers comme un élément central de la gouverne des soins et des services. Ce qui constitue une piste de réflexion incontournable pour les PDG dans une visée de performance organisationnelle.

3. Guider la contribution par des choix stratégiques, systématiques et mesurés, axés sur la qualité des soins infirmiers

Dans le cadre de la présente étude, plusieurs DSI et DASI indiquent que l'alignement priorisé par la DIRSI en lien avec les orientations organisationnelles et ministérielles, suite à la

réforme de la santé, augmente sa capacité stratégique et son influence à l'égard de la qualité des soins infirmiers et de la performance organisationnelle.

Les résultats de la présente étude indiquent que pour plusieurs DASI, la gestion des nombreux projets ministériels et organisationnels est basée sur une décision politique plutôt que centrée sur les besoins de la clientèle. Ce nouveau contexte « *top-down* » post-réforme a pu fragiliser la crédibilité de la DIRSI auprès des équipes de soins. Pour leur part, plusieurs DSI et DASI soulignent que cette approche a généré une certaine perte d'autonomie et de participation à la prise de décision stratégique. Ces résultats corroborent partiellement ceux de la recherche qualitative de Disch et al. (2011) réalisée auprès de 171 gestionnaires incluant huit DSI et 45 gestionnaires infirmiers de huit CH aux États-Unis. Cette recherche portait sur le rôle des DSI et des cadres infirmiers intermédiaires, dans la promotion de la qualité et de la sécurité des soins. Ces auteurs soulignent que les directives « *top-down* » ont suscité un sentiment de frustration chez les cadres infirmiers intermédiaires. Toutefois, contrairement au résultat de la présente recherche, ces directives n'ont pas amené de changement au niveau de l'autorité et des responsabilités de la DSI. En outre, certaines participantes (DSI, CCSI, gestionnaires) soulignent les nombreux projets dans lesquels la DIRSI participe mais qui entraînent de la fatigue et de l'essoufflement. Ce résultat est corroboré par la recherche qualitative descriptive réalisée par Touchette et Kilpatrick (2018), auprès de 12 gestionnaires infirmiers (dont deux cadres supérieurs, quatre cadres intermédiaires et six cadres de première ligne) dans un CIUSSS au Québec, qu'une des conséquences de l'utilisation de l'approche « *top-down* » a été de mettre des gestionnaires sous pression de performance engendrant des effets négatifs sur leur moral et sur leur pratique de gestion quotidienne.

Néanmoins, les résultats de la présente étude indiquent également que la DIRSI exerce son leadership stratégique par le biais de sa participation à la mise en place de mécanismes de coordination pluridisciplinaire et par l'établissement d'alliances cliniques stratégiques dans de nombreux projets. Dans lesdits projets, il importe de préciser, tel que soulevé par une DSI, que les choix stratégiques quant à la pertinence de la contribution de la DIRSI ne sont pas systématiquement mesurés. Ce résultat est similaire au sondage descriptif national réalisé par Melnyk et al. (2016), lequel indique que 48% des gestionnaires infirmiers ont déclaré être incertains quant à la façon de mesurer les résultats des services fournis aux patients. À cet effet, les présents résultats révèlent également que, selon quelques CCSI, la DIRSI pourrait faire des choix plus judicieux quant à la mobilisation de ses ressources en fonction de sa réelle capacité. À cet égard, Dall'Agnol et al. (2013) mentionnent aussi des résultats similaires, c'est-à-dire l'importance d'établir des priorités basées sur une planification judicieuse, pour optimiser le temps et utiliser à bon escient l'expertise de la DIRSI. Dans la présente étude, une DSI souligne que la DIRSI aurait avantage à s'engager prioritairement dans des projets porteurs d'une valeur ajoutée pour la clientèle.

Toujours dans l'optique des mécanismes de coordination et de concertation issus des résultats de la présente étude, deux comités sont décrits comme étant des leviers pour l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI : le comité clinique DSM-DSP-DSI et la Table nationale de coordination des soins et services infirmiers du MSSS. Le premier est décrit comme un mécanisme de coordination interne qui permet à la DSI de transmettre la vision de la DIRSI à l'égard de la qualité des soins et exercer une influence partagée sur l'optimisation et l'harmonisation des processus cliniques et managériaux dans l'organisation.

Le deuxième est cité comme un mécanisme externe ayant une valeur ajoutée pour les DSI leur permettant notamment de développer une vision de la qualité des soins infirmiers selon une perspective stratégique nationale, politique et macro-transversale. À cet effet, Hendrich et al. (2012) documentent l'impact de la création d'un comité consultatif des cadres infirmiers comprenant 70 hôpitaux de soins de courte durée aux États-Unis. Ces auteurs mentionnent la pertinence et l'efficacité de ce type de comités sur l'élaboration des orientations stratégiques ayant une incidence sur la qualité des soins infirmiers et la performance (p. ex. : dotation du personnel, modèles de prestation des soins, etc.). À noter que les résultats de la présente étude révèlent aussi que ces deux comités, auxquels participent les DSI, constituent une infrastructure de coordination et de collaboration organisationnelle et nationale ayant une portée stratégique. Ce résultat coïncide également avec l'étude de Dall'Agnol et al. (2013) dans laquelle les auteurs soulignent l'importance d'articuler le travail collectif dans le processus de gestion en matière de soins et de services infirmiers de qualité.

En résumé, il apparaît novateur de mettre en évidence que la DSI et son équipe font des choix stratégiques mesurables à l'égard de l'utilisation optimale de son expertise dans des projets à valeur ajoutée pour la clientèle.

4. Recadrer les rôles pour augmenter l'influence à l'égard de la qualité des soins infirmiers

En premier lieu, les résultats de la présente étude indiquent que les rôles et les responsabilités de la DIRSI sont plus complexes et de plus grande envergure dans le contexte de mise en place de la gouvernance (hiérarchique et transversale) des soins infirmiers, suite à la réforme québécoise de la santé. Ceci soulève néanmoins des avis partagés au sein de la

DIRSI. Pour certaines DSI, le mandat est resté le même générant peu ou pas de changement de rôles. Tandis que pour certaines DASI, il a fallu les clarifier rapidement pour positionner le mandat et la valeur ajoutée de la DIRSI en matière de qualité des soins infirmiers auprès des autres directions. Ce résultat corrobore plusieurs recherches en sciences infirmières (Boyal et Hewison, 2016; Dall'Agnol et al., 2013; Hughes et Carryer, 2011; Hughes et al., 2015) qui révèlent que les rôles et les fonctions de la DIRSI manquent de clarté pour plusieurs acteurs dans l'organisation. Par ailleurs, certaines CCSI et gestionnaires soulignent que la DIRSI est fréquemment invitée ou avisée tardivement à participer ou elle est même omise, dans des dossiers qui relèvent, entre autres, de sa compétence. Cette réalité amène à réfléchir quant à la capacité de l'organisation à utiliser efficacement l'expertise de la DIRSI dans l'optimisation des soins et des services à offrir à la clientèle.

En deuxième lieu, la présente étude révèle que pour quelques DASI et CCSI, les responsabilités transversales constituent la clé de l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI. À cet effet, certaines DSI, DASI et CCSI, associent le rôle stratégique, entre autres, aux responsabilités transversales. Ce rôle stratégique permet à la DIRSI d'accompagner les autres directions, dans la prise de décision fondée sur des résultats probants et des meilleures pratiques pour obtenir les meilleurs résultats. Ceci corrobore les résultats des recherches de Martin et al. (2014) et de Quatrara et al. (2017). D'une part, Martin et al. (2014) soulignent que les conseillères jouent un rôle primordial dans la transmission de la vision de la qualité des soins infirmiers aux équipes de soins. D'autre part, Quatrara et al. (2017) mentionnent que les conseillères contribuent au suivi des indicateurs de qualité et à l'utilisation des résultats probants. En outre, les résultats de la présente recherche révèlent que, comme souligné par une

DSI, l'utilisation de l'appellation « conseil » ne correspond plus à l'imputabilité associée à la DIRSI en regard de la qualité des soins infirmiers. Ce résultat corrobore la recherche de Hughes et al. (2015) qui souligne que l'utilisation d'une terminologie passive pour se référer au rôle transversal « consultatif » affaiblit le pouvoir d'action de la DIRSI aux dépens des autres. Dans ce sens, il est pertinent de questionner le titre de « conseillère » tel qu'utilisé actuellement pour désigner des infirmières formées en pratique avancée en sciences infirmières et de bannir l'utilisation de l'expression « rôle-conseil » encore véhiculé pour la DIRSI dans certaines organisations.

En résumé, recadrer les rôles pour augmenter le pouvoir d'influence amène la nécessité d'une réflexion critique quant à l'imputabilité imprécise de certains rôles de la DIRSI à l'égard de la qualité des soins infirmiers. Définir davantage cette imputabilité collective de la DIRSI est novateur et une zone d'influence potentielle pour en assurer le positionnement de la DIRSI. À cet effet, les termes utilisés pour décrire les rôles et les responsabilités d'une DIRSI ainsi que les titres d'emploi de certains acteurs clés de la DIRSI seraient à repenser.

5. Établir des alliances stratégiques et collaboratives axées sur la qualité des soins infirmiers

Les résultats de la présente étude indiquent que, selon des acteurs de tous les niveaux de la DIRSI, cette dernière établit de nouveaux réseaux de relations et crée de nouvelles alliances stratégiques en privilégiant une gestion de proximité (présentielle ou virtuelle) avec les gestionnaires et les équipes de soins des différentes directions. Dans ce nouveau contexte, tel que mentionné par une DSI, les repères sécurisants de chaque cadre infirmier de la DIRSI

changent et amènent la nécessité d'apprendre à gérer et de faire autrement. Ce résultat corrobore ceux de Spiers et al. (2016) indiquant que la restructuration organisationnelle perturbe les canaux habituels de communication, ce qui peut entraver le flux d'informations critique pour la prise de décision de niveau opérationnel et stratégique.

Dans un contexte où les changements s'exécutent rapidement et les responsabilités se multiplient, les résultats de la présente étude indiquent que les DIRSI créent des alliances stratégiques pour travailler des enjeux spécifiques. En effet, de façon majoritaire et non équivoque, les DSI qualifient la DSP comme une alliance professionnelle stratégique et complémentaire. Les DSI et les DSP sont reconnues par leurs expertises cliniques et professionnelles ce qui leur permet d'exercer une influence stratégique sur les orientations cliniques et les prises de décisions organisationnelles au sein du comité de direction. Ce présent résultat corrobore celui de la recherche réalisée par Disch et al. (2011) quant aux liens collaboratifs et de partenariat notamment entre les DSI et les DSP dans la détermination et la priorisation des projets cliniques. Toutefois, la présente étude révèle que la collaboration avec d'autres directions programmes-services et de soutien peut s'avérer conflictuelle selon les situations (p. ex. : travail en silo ou en compétition, attentes démesurées envers la DIRSI) ou manquer de clarté quant au partage des responsabilités (p. ex. : suivi des compétences du personnel infirmier). Malheureusement, la présente étude indique que les DIRSI ne prennent pas toujours le temps nécessaire pour mieux saisir la réalité et pour comprendre les intérêts, les motivations, les façons de faire, les attentes ou les préoccupations des autres directions. La communication de part et d'autre est à revoir pour l'amélioration de relations stratégiques et collaboratives.

Dans la présente étude, des DSI et une CCSI, ont identifié clairement la notion d'intelligence émotionnelle comme étant nécessaire à développer, à adopter et à intégrer davantage dans les pratiques de gestion de la DIRSI. Un résultat similaire est signifié dans la recherche qualitative descriptive réalisée par Prufeta (2017), qui souligne que 53% (N=38) des gestionnaires infirmiers d'unités de soins dans un centre hospitalier universitaire aux États-Unis mentionnent avoir besoin de développer des habiletés relatives à l'intelligence émotionnelle. De plus, ce résultat corrobore les résultats de plusieurs autres recherches en sciences infirmières (Akerjordet et Severinsson, 2010; Batcheller et al., 2019; Codier, Kamikawa et Kooker, 2011; Heckemann, Schols et Halfens, 2015; Spano-Szekely, Quinn Griffin, Clavelle et Fitzpatrick, 2016; Tyczkowski et al., 2015) qui soutiennent que l'intelligence émotionnelle est un élément essentiel pour l'exercice du leadership des gestionnaires infirmiers de haut niveau dans les organisations. À l'instar de Prufeta (2017) et de Spano-Szekely et al. (2016), ce résultat suggère une réelle opportunité d'amélioration des habiletés de gestion incluant la notion d'intelligence émotionnelle chez les DIRSI et de bonification des cursus académiques pour la formation de la relève des gestionnaires infirmiers de haut niveau.

Toujours en matière d'amélioration des relations stratégiques et collaboratives, les résultats de la présente étude révèlent également que dans une grande majorité, les DIRSI ressentent le besoin de développer des habiletés politiques pour augmenter leur pouvoir d'influence et leur leadership stratégique dans les organisations. À cet effet, plusieurs DSI soutiennent que la DIRSI est peu ou pas préparée à naviguer, à s'adapter et à interpréter aisément différentes situations éminemment politiques. Dans ce sens, les résultats de la

recherche de Batcheller et al. (2019) indiquent que seulement 17 des 90 DSI (19%) participant à un sondage ont déclaré se sentir modérément ou considérablement habiles pour influencer ou négocier avec d'autres.

En résumé, ce résultat met en évidence la nécessité pour la DIRSI de développer davantage des habiletés de gestion et de communication intégrant la notion d'intelligence émotionnelle et de parfaire les habiletés politiques. Ces habiletés s'avèrent être nécessaires pour l'établissement d'alliances, stratégiques et collaboratives avec ses partenaires lui permettant ainsi de mobiliser son réseau de relations, dans une visée de performance clinique et organisationnelle efficace.

En somme, cette étude a permis de porter une attention particulière aux composantes structurantes relatives aux capacités d'intégration, d'adaptation et de gestion (Boal et Hooijberg, 2000) dans un contexte de réforme majeure des établissements de santé au Québec. À cet égard, les principales contributions liées à cette première question de recherche sont les suivantes.

Un premier apport se situe sur le plan du positionnement stratégique de DIRSI dans l'organisation. La DIRSI assume une nouvelle gouvernance des soins infirmiers bicéphale (hiérarchique et transversale) et est imputable de l'application d'un mandat légal relatif à la qualité des soins dans des organisations de santé hautement complexes et politiques. Cette étude a mis en évidence qu'une DSI qui est en lien direct avec la PDG est mieux positionnée pour influencer, selon une perspective infirmière, la prise de décision stratégique à l'égard des projets organisationnels et des orientations cliniques dans l'établissement de santé.

Un deuxième apport de cette étude réfère à l'importance d'élaborer et de diffuser une vision commune de la qualité des soins infirmiers à partir de la perspective complémentaire des cadres infirmiers, supérieurs et intermédiaires, de la DIRSI. Il s'agit d'une vision collaborative et moins corporative à portée mobilisatrice de tous les partenaires de la DIRSI, incluant le client et ses proches. Une vision qui communique un message clair et des actions tangibles rendant indubitable la contribution de la DIRSI à la qualité des soins infirmiers, à l'atteinte des cibles de performance clinique et organisationnelle et à l'amélioration des résultats de santé de la population québécoise.

Un troisième apport de cette étude est l'impérieuse nécessité pour la DSI et des DASI de faire des choix stratégiques fondés sur des résultats probants et sur les meilleures pratiques pour mesurer la contribution de la DIRSI dans des projets des soins infirmiers qui ont une valeur ajoutée pour clientèle. Également, l'étude relève l'importance de réfléchir à la mise en place d'instances nationales permettant de mobiliser l'expertise de tous les acteurs de la DIRSI aux orientations nationales et stratégiques en regard d'une gouvernance des soins infirmiers centrée sur l'amélioration de la santé de la population québécoise.

Un quatrième apport de cette étude mentionne la nécessité de repenser les rôles et les responsabilités de la DIRSI en fonction de sa gouvernance bicéphale et de son imputabilité à l'égard de la qualité des soins infirmiers. Dans cette optique, une formation politique incluant l'intelligence émotionnelle est identifiée comme essentielle à l'exercice du leadership stratégique de DIRSI.

Finalement, un cinquième apport de cette étude réfère aux axes d'influence potentielle de la DIRSI pour augmenter son pouvoir d'influence et d'action dans l'organisation.

La prochaine section présente la discussion en regard de la deuxième question de recherche.

Deuxième question de recherche

La deuxième question de recherche, guidée par le modèle d'Hambrick (1989), décrit les composantes professionnelles et organisationnelles exerçant de l'influence sur l'exercice stratégique de DIRSI. Elle est libellée ainsi : quelles composantes professionnelles et organisationnelles, selon les DIRSI, favorisent ou contraignent l'exercice du leadership stratégique? En réponse à la deuxième question de recherche, quatre thèmes ont émergé.

Composantes professionnelles

En regard des composantes professionnelles, l'analyse des résultats de la présente recherche révèle deux composantes exerçant de l'influence sur l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI soit : la crédibilité clinique fondée sur des connaissances et de l'expertise avancées en sciences infirmières de même qu'une équipe formée aux cycles supérieurs et en nombre suffisant.

1. Crédibilité clinique

En premier lieu, la présente étude indique que la DIRSI partage ses connaissances et son expertise quant aux meilleures pratiques cliniques, auprès de ses partenaires infirmiers et non infirmiers, dans les directions programmes-services et de soutien ainsi que dans les différentes instances décisionnelles. Les résultats de la présente étude révèlent que pour plusieurs DSI, DASI et CCSI, la DIRSI est une direction qui est reconnue pour ses compétences (savoir,

savoir-faire, savoir-être) et sa crédibilité clinique. Selon des DSI et des DASI, cette crédibilité clinique est primordiale pour établir des alliances stratégiques avec certains acteurs (p. ex. : la PDG, la DSP, les médecins), notamment pour l'avancement des projets spécifiques à la profession infirmière (p. ex. : le déploiement des IPS, la prescription infirmière) visant à améliorer l'accès aux soins et aux services de santé pour la clientèle. Les résultats de la présente étude spécifient que la crédibilité clinique se traduit, pour les DSI et les DASI, par la nécessité de développer des compétences argumentatives solides appuyées sur des résultats probants et de maîtriser les rôles exercés par la DIRSI. Ce résultat corrobore ceux de Jeffs et al. (2018), réalisée auprès de 20 DSI dans les hôpitaux en Ontario, qui soulignent la nécessité pour les DIRSI d'établir une crédibilité avec les différents acteurs et diverses instances dans l'organisation. Il correspond également à ceux de Jones et al. (2016), qui soutiennent que la crédibilité clinique est une importante stratégie utilisée par les DIRSI, pour aider les organisations à se centrer sur la qualité des soins infirmiers.

Or, les résultats de la présente recherche révèlent, selon les propos d'une CCSI, qu'il n'est pas toujours possible de maintenir ses compétences à jour en regard des meilleures pratiques. Ce résultat corrobore le sondage national descriptif, portant sur l'utilisation des résultats probants, réalisé par Melnyk et al. (2016), auprès de 276 (7 %) de 5 100 gestionnaires infirmiers, supérieurs et intermédiaires, de 45 états des États-Unis. Ces auteurs soulignent que 44 % de ces gestionnaires ont déclaré ne pas être certains de pouvoir implanter des résultats probants, 60 % ont déclaré que les résultats probants ne sont que peu ou pas utilisés dans leurs organisations et plus de la moitié ont souligné qu'ils n'avaient pas eu accès à des bases de données au cours des huit dernières semaines.

En résumé, la crédibilité clinique de la DIRSI s'avère être une composante professionnelle incontournable pour augmenter son pouvoir d'action dans les processus décisionnels, dans une visée de qualité des soins infirmiers. Cette crédibilité se traduit par la capacité de la DIRSI à transférer les résultats probants afin d'améliorer les pratiques cliniques dans les différentes directions programmes-services selon les besoins de la clientèle et des équipes de soins. De ce fait, l'actualisation des connaissances et le maintien du niveau d'expertise clinique sont essentiels à l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI.

2. Avoir une équipe formée aux cycles supérieurs et un nombre suffisant

Les résultats de la présente étude suggèrent la nécessité, pour les DSI de compter sur une équipe de cadres infirmiers, supérieurs et intermédiaires, hautement compétents, formée aux cycles supérieurs pour une expertise avancée en soins infirmiers et en nombre suffisant. À cet égard, les données démographiques des participantes de la présente étude indiquent que 27 des 35 participantes, soit 77 %, sont titulaires d'une maîtrise. De fait, 46 % sont titulaires d'une maîtrise en sciences infirmières soit 16 des 35 participantes et les 11 autres des 35 soit 31 % sont détenteurs d'une maîtrise provenant d'un autre domaine (p. ex. : administration publique, administration de la santé, gérontologie, autres maîtrises non spécifiées).

Dans le contexte de la mise en place de la réforme de la santé, certaines DSI ont souligné qu'il devient essentiel d'avoir pour ce type de postes une solide formation académique et de l'expérience diversifiée pour être capable de positionner la DIRSI dans ces organisations complexes. Il importe de mentionner que les participantes n'ont pas spécifié le niveau de formation requis.

En outre, selon l'avis de plusieurs DSI et DASI, un rôle de type stratégique référant à un niveau plus élevé des responsabilités (p. ex. : déterminer des priorités, penser stratégiquement, mobiliser des équipes et favoriser l'utilisation des résultats probants et des meilleures pratiques) est de plus en plus exercé par les DSI, les DASI et également par les CCSI. Néanmoins, l'analyse des résultats de la présente recherche indique que certaines CCSI éprouvent des contraintes (p.ex. : manque de temps) pour actualiser leurs connaissances avancées en soins infirmiers, tandis que d'autres, ayant besoin de développer des compétences notamment en gestion, décident de se former à leur propre initiative. Plusieurs DSI affirment que la DIRSI a besoin de développer des habiletés de stratège pour mieux gérer les dynamiques organisationnelles et les enjeux politiques dans l'organisation. Ce résultat est corroboré par la recension des écrits de Crawford et al. (2017) qui soulève le besoin de réviser la formation des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau pour les préparer à exercer dans des postes de niveau stratégique afin de mieux répondre aux exigences des organisations complexes. Également, ce résultat coïncide avec les résultats du sondage, réalisé par Batcheller et al. (2019), auprès de 90 DSI ayant suivi un programme de formation adapté à leur fonction, qui indiquent la nécessité d'être mieux formées et accompagnées dans l'appropriation des compétences requises.

En résumé, avoir une équipe formée aux cycles supérieurs et en nombre suffisant permettrait à la DSI de compter sur une expertise de haut niveau pour réaliser pleinement sa fonction et son mandat en regard de la qualité des soins infirmiers. De plus, revisiter la formation académique des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau pour l'adapter aux

nouvelles exigences d'une gouvernance des soins infirmiers de type hiérarchique et transversale dans des établissements de santé plus complexes, s'avère primordial.

Composantes organisationnelles

Toujours dans la seconde question de recherche, en regard des composantes organisationnelles exerçant de l'influence sur l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI, deux composantes ressortent de l'analyse des résultats soit : la culture organisationnelle et la taille de l'établissement.

1. Culture organisationnelle

L'analyse de la présente étude révèle que, pour plusieurs DSI, une culture organisationnelle axée sur la qualité et l'excellence des soins constitue un levier inestimable qui facilite l'exercice des rôles et des responsabilités de la DIRSI. De plus, elle lui assure la légitimité de la réalisation de son mandat légal à l'égard de la qualité des soins infirmiers à travers l'organisation. Pour certaines DASI, la culture organisationnelle est un environnement qui reconnaît l'apport et l'engagement de la DIRSI comme nécessaires à la transformation de nouvelles pratiques et à l'implantation de nouveaux modèles d'organisation des soins. De fait, la présente étude révèle que la légitimité du mandat et sa portée s'avèrent être à géométrie variable, selon la culture organisationnelle qui, selon une DSI et une CCSI, est incarnée principalement par la PDG. Ce résultat coïncide avec ceux des études de Hughes et Carryer (2011) et Hughes et al. (2015), où le manque de légitimité et la participation limitée de la DIRSI aux processus décisionnels stratégiques, peuvent compromettre l'exercice de ses rôles et de ses responsabilités à l'égard de la qualité des soins infirmiers ainsi que sa contribution significative à la performance organisationnelle. Néanmoins, une DSI souligne, dans la

présente étude, que la DIRSI peut exercer de l'influence sur la culture organisationnelle en s'assurant que le personnel infirmier exerce pleinement son champ d'exercice selon les besoins de la clientèle dans de multiples environnements de soins.

2. Taille de l'établissement

Les résultats de la présente étude indiquent, selon les points de vue de la majorité de participantes que la taille de l'établissement constitue un obstacle important à l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI. À cet effet, pour une DSI, les établissements créés sont de taille colossale ce qui freine l'exercice du leadership de la DIRSI. Selon plusieurs DASI, les cadres infirmiers, supérieurs et intermédiaires, de la DIRSI se doivent de gérer autrement avec les équipes de soins et de gestion étant donné l'étendue des territoires à desservir et la répartition des équipes. Dans ce contexte, pour les DASI, les CCSI et les gestionnaires, la gestion des équipes de soins infirmiers constitue un grand défi. La taille de l'établissement identifiée comme une composante contraignant l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI n'a pas été documentée dans d'autres recherches, d'où l'aspect novateur de ce résultat.

Troisième question de recherche

La troisième question de recherche, guidée par le modèle de Boal et Hooijberg (2000), permet de décrire les points de vue de DIRSI en regard de l'efficacité de leur leadership. Cette question est libellée ainsi : Quelle est la perception des DIRSI quant à l'efficacité du leadership stratégique sur la qualité des soins infirmiers dans des établissements de santé au Québec? Un seul résultat a émergé.

1. Un leadership stratégique fort est nécessaire aux DIRSI pour influencer la qualité des soins infirmiers dans les organisations

Tout d'abord, les résultats de la présente étude indiquent que la perception, notamment des DSI et des DASI, à l'égard du leadership exercé par la DIRSI, est que celui-ci doit être de plus en plus stratégique, fort, collaboratif et centré sur la qualité et la sécurité des soins infirmiers. De plus, pour plusieurs DSI, la DIRSI exerce une grande influence et un important apport à plusieurs niveaux décisionnels par le biais de son rôle centré sur la dispensation des soins de qualité à la clientèle, tel que cité par un gestionnaire d'unité des soins, et ce, par la bonne ressource et au meilleur coût. Ces résultats coïncident avec les résultats de la recherche longitudinale réalisée par Boyal et Hewison (2016), auprès de 14 cadres infirmiers ayant des responsabilités de niveau stratégique en CH en Angleterre, visant à explorer leurs expériences dans un contexte de changement organisationnel. Leurs résultats soulignaient que l'efficacité des cadres infirmiers était caractérisée souvent par l'exercice d'un leadership fort axé sur la clientèle.

Toutefois, la présente étude révèle que certaines DASI sont d'avis que, bien que le mandat législatif leur confère l'imputabilité de la qualité des soins infirmiers dans les organisations, elles n'ont ni le pouvoir (p. ex. : légitimité à géométrie variable) ni les moyens (p. ex. : équipes d'experts cliniques réduites depuis l'implantation de la LMRSSS) pour assumer pleinement leurs responsabilités en regard de la surveillance et le contrôle de la qualité des soins infirmiers. Ce résultat est similaire au résultat du sondage réalisé par Melnyk et al. (2016) aux États-Unis, lequel indique que les PDG et les DSI investissent moins de 10 %

du budget d'opérations à établir et à soutenir une pratique clinique basée sur les résultats probants dans les organisations.

En outre, les résultats de la présente étude révèlent que les cadres infirmiers, supérieurs et intermédiaires, s'approprient depuis la mise en place de la réforme de la santé, l'exercice de rôles et de responsabilités plus complexes et d'envergure plus importante de gouvernance de soins infirmiers (hiérarchique et transversale). Ces résultats sont corroborés par ceux de Batcheller et al. (2019) aux États-Unis, lesquels indiquent que seulement 20 des 90 DSI (22 %) ont déclaré se sentir modérément ou considérablement confiante quant à leur responsabilité de fournir une pensée visionnaire sur les problèmes qui affectent les organisations de soins de santé.

En résumé, dans le contexte particulier de la mise en place de la réforme de la santé de 2015 au Québec, il est possible de penser que l'efficacité du leadership stratégique de la DIRSI varie selon les personnes qui l'exercent et les moyens dont elles disposent. Conséquemment, la DIRSI aurait avantage à s'assurer de consolider sa gouvernance des soins infirmiers pour que sa contribution soit optimale et efficiente dans une visée de qualité des soins et de performance clinique et organisationnelle.

Considérations méthodologiques de l'étude

Jusqu'à maintenant, et à notre connaissance, peu d'études ont examiné l'exercice du leadership stratégique de DIRSI, dans une visée de qualité des soins infirmiers, dans des établissements de santé. L'étude qualitative descriptive s'est révélée être un choix adéquat, car elle a permis de recueillir les opinions, les réactions, les préoccupations et les expériences des cadres infirmiers, supérieurs et intermédiaires, de DIRSI, sur l'exercice de leur leadership

stratégique. Le choix de ce devis a permis d'aborder un sujet d'actualité peu exploré en sciences infirmières à partir d'une perspective intégrative des capacités associées à l'exercice du leadership stratégique (Boal et Hooijberg, 2000) et de fournir des informations contextuelles de type professionnel et organisationnel (Hambrick, 1989), permettant de décrire les composantes favorisant et contraignant l'exercice du leadership stratégique de DIRSI.

En outre, ce type de devis a permis d'organiser et de présenter les résultats à partir de l'interprétation des données faite par le prisme de l'étudiante-chercheure. Dans ce sens, les schématisations des thèmes générés, à partir de la perspective de DIRSI rencontrées, des capacités associées au leadership stratégique (Boal et Hooijberg, 2000) et des composantes professionnelles et organisationnelles (Hambrick, 1989) ont permis de conceptualiser l'exercice du leadership stratégique. De fait, le choix méthodologique de cette étude a contribué à développer de nouvelles connaissances sur comment les DIRSI exercent leur leadership stratégique, dans des organisations de grande complexité et en constante transformation. Au meilleur de notre connaissance, aucune étude n'a donné une description des capacités associées à l'exercice du leadership stratégique de DIRSI, selon une perspective infirmière d'où l'aspect novateur de la présente recherche.

Le recours à un échantillonnage intentionnel (Patton, 1990) a permis de sélectionner des participantes de DIRSI issues de divers établissements de santé, afin de maximiser les possibilités de collecter des données pertinentes (Sandelowski, 1995). Le recrutement visé a été atteint, et même un peu dépassé, signifiant l'intérêt que l'étude a suscité chez les participantes. De fait, 35 participantes sont issues de 18 des DIRSI des 34 établissements de

santé et des services sociaux, ce qui représente un peu plus de la moitié (53 %) des DIRSI du Québec.

Limites de l'étude

Néanmoins, cette étude présente des limites soit : 1) l'étude a été réalisée auprès de DIRSI œuvrant dans des contextes organisationnels en grand changement, à la suite de la mise en place de la LMRSSS. Une des caractéristiques de cette réorganisation a été l'approche de gestion « *top-down* » générant une certaine réserve de la part de quelques participantes à aborder des sujets sensibles, 2) le guide d'entretien de groupes de discussion et des entretiens individuels avec des questions prédéterminées peut avoir indument restreint la gamme de sujets pertinents pour répondre aux questions de recherche, 3) l'animation des trois groupes de discussion a été faite par l'étudiante-chercheure, connue de quelques participantes, ce qui peut avoir conduit les participantes à adopter une posture réservée par rapport aux sujets discutés lors de ces échanges (désirabilité sociale), et ce, malgré l'unique posture d'étudiante-chercheure au moment de la collecte des données, 4) l'étudiante-chercheure a déjà occupé des fonctions de DSI en CSSS et DASI-PP en CIUSSS. Elle a donc développé ses propres points de vue et ses expériences de gestion sur l'exercice du leadership stratégique. Avec l'aide de sa directrice et de sa co-directrice de thèse, l'étudiante-chercheure a tenté de s'assurer de mener l'entièreté de cette recherche à partir de sa posture d'étudiante-chercheure. Il importe de souligner que l'étudiante-chercheure a contrôlé ces limites par la tenue d'un journal de bord dans lequel elle a consigné ses idées, ses réflexions, ses pensées, ses sentiments par rapport au sujet de l'étude. De plus, l'étudiante-chercheure a eu des échanges et des rencontres régulières avec sa directrice et sa co-directrice l'aidant ainsi à maintenir une conscience éveillée à l'égard

de son expérience et pouvoir ainsi se centrer sur les points de vue exprimés par les participantes. Également, l'étudiante-chercheuse a décidé de se retirer du réseau de la santé afin de prendre la distance nécessaire pour se consacrer à la réalisation de la collecte et l'analyse des données de cette étude. Finalement, une autre limite réfère au fait que certains termes tels que « culture organisationnelle » n'ont pas été définis par les participantes. Par conséquent, on peut s'interroger sur le sens que les participantes ont donné à ces termes.

Contribution au développement des connaissances en sciences infirmières

La contribution de cette thèse au développement des connaissances en sciences infirmières a généré trois apports importants soit :

- Le développement de connaissances empiriques relatives à la capacité stratégique et aux zones d'influence (p. ex. : développement des compétences, formation, participation aux décisions stratégiques) permettant des actions de soutien à l'exercice du leadership stratégique des DIRSI dans une visée de qualité des soins infirmiers et ce, dans des établissements de santé hautement complexes et en transformation.
- L'utilisation d'un cadre de référence qui s'appuie sur des éléments complémentaires tirés de deux modèles : *An Integrative Model of Strategic Leadership* de Boal et Hooijberg (2000) et *Fitting Strategic Leadership Into the Strategic Framework* de Hambrick (1989). Ce cadre a permis de faire une description détaillée des capacités que la DIRSI pourrait mettre en place pour exercer son leadership stratégique ainsi que des composantes professionnelles et organisationnels pouvant moduler son exercice dans une visée de qualité des soins, dans des établissements de santé complexes.

- La description de l'exercice du leadership stratégique, à partir du regard infirmier d'une équipe positionnée stratégiquement, cadres infirmiers supérieurs et intermédiaires, de la DIRSI issue de multiples environnements cliniques (pratique et gestion) dans une visée de qualité des soins infirmiers. À ce sujet, White et al. (2013) soulignent que le leadership des cadres de la DIRSI, et pas uniquement celui de la DSI, est reconnu comme étant la clé, pour maintenir une gouvernance des soins infirmiers d'excellence et de qualité. Dans ce contexte, les résultats de cette thèse nous rapprochent d'une pensée collective et partagée, à l'égard de l'exercice du leadership stratégique, tel que perçu et exercé par la DIRSI, dans des environnements organisationnels en transformation.

Retombées

Au regard de la discussion des résultats, des actions peuvent être entreprises par différentes instances (p. ex. : les DIRSI du Québec, les universités, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux) afin d'améliorer la contribution des DIRSI à la performance clinique et organisationnelle, dans les établissements de santé. Les résultats suggèrent ainsi les retombées suivantes dans les domaines de la gestion, de la pratique, de la formation, de la recherche et du politique.

Gestion

Les résultats suggèrent deux retombées pour le domaine de la gestion soit : 1) l'importance de développer et communiquer une vision claire de la qualité des soins infirmiers et 2) la nécessité d'actualiser les compétences des cadres infirmiers de la DIRSI.

1. Le développement et la communication d'une vision claire de la qualité des soins infirmiers ont été reconnus comme essentiels. À cet effet, la gouvernance des soins infirmiers (hiérarchique et transversale), les liens collaboratifs avec les directions programmes-services, la proximité avec les équipes de soins et le lien privilégié avec le client et ses proches dans divers environnements de soins, offrent aux DIRSI la possibilité de se doter d'une vision globale, transversale et stratégique de la qualité des soins infirmiers, à travers l'organisation. La vision est plus qu'un postulat énoncé par certains cadres infirmiers. C'est le levier qui permet aux DIRSI de guider et de diriger les soins infirmiers pour répondre aux besoins réels de la clientèle dans une visée de qualité. C'est à partir de cette vision commune et partagée que les DIRSI pourraient mieux cibler la pertinence de leur contribution afin d'améliorer la performance clinique et organisationnelle. De plus, les DIRSI pourraient réfléchir à mettre en place des stratégies novatrices pour élaborer, communiquer, transférer et intégrer la vision de la qualité des soins infirmiers dans les pratiques et les processus (clinique et de gestion) en synergie avec ses différents partenaires pour les amener vers l'excellence des soins infirmiers (Esterhuizen, 2014). Enfin, il importe que les DIRSI veillent à travailler ensemble pour diffuser la vision de la qualité des soins infirmiers aux partenaires externes, afin de rendre plus visible la contribution des soins infirmiers à la qualité des soins de la population québécoise.
2. L'actualisation des compétences des cadres infirmiers - supérieurs et intermédiaires - des DIRSI est essentielle, à la lumière des résultats probants issus de plusieurs écrits théoriques et empiriques, incluant les résultats de la présente étude. Il faut souligner que

depuis les cinq dernières années, plusieurs auteurs en sciences infirmières ont redéfini les compétences et les rôles contemporains des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau, à la suite des réorganisations des systèmes de santé, notamment aux États-Unis et en Angleterre (Batcheller et al., 2019; Crawford et al., 2017). À cet effet, la redéfinition des compétences et des rôles relatifs à la gouverne des soins infirmiers (hiérarchique et transversale) des DIRSI est devenue nécessaire pour s'adapter à la complexité des organisations de santé. En outre, il serait novateur pour les DIRSI du Québec d'entamer également l'élaboration d'un processus systématique d'évaluation pour mesurer la maîtrise des compétences et des rôles des cadres infirmiers des DIRSI, dans une approche d'amélioration continue de leur performance managériale et stratégique.

Pratique

Les résultats suggèrent de prendre conscience que, chaque infirmière et gestionnaire, a un rôle primordial dans la réalisation de la vision de la qualité des soins infirmiers de la DIRSI. Johnston et Villa (2018) soulignent la nécessité pour les DIRSI de pouvoir se doter d'un processus régulier de suivi de la qualité des soins infirmiers et d'assumer l'imputabilité collective de l'amélioration de la performance clinique. Dans ce sens, les DIRSI pourraient miser sur l'implantation des mécanismes de rétroaction systématique avec les équipes de soins et les directions programmes-services, afin d'optimiser la gestion, la surveillance et le contrôle de l'information clinique (p. ex. : indicateurs sensibles aux soins infirmiers, rapports d'incidents et d'accidents, rapport d'agrément Canada, visites d'inspection

professionnelle de l'OIIQ). À cet effet, selon Waxman, Roussel, Herrin-Griffith et D'Alfonso (2017), une meilleure gestion de l'information clinique permettrait aux DIRSI de : 1) faire un état de situation des pratiques cliniques, 2) communiquer les normes et les standards attendus, 3) miser sur les cibles d'amélioration potentielles pour l'utilisation optimale du champ d'exercice infirmier et 4) documenter la contribution à l'amélioration de la performance clinique dans les organisations de santé.

Formation

Au regard de la dimension de la formation, trois retombées découlent des résultats soit : 1) l'élaboration d'un référentiel de compétences, 2) la création des programmes innovants de deuxième et troisième cycles et 3) l'élaboration des programmes de mentorat et de formation continue.

1. Il semble approprié que les DIRSI exercent un rôle d'avant-garde en s'outillant d'un référentiel de compétences spécifiques managériales et stratégiques, visant à développer, entre autres, leur pouvoir d'action et de décision dans une visée de qualité des soins infirmiers dans les organisations de santé (American Organization for Nursing Leadership, 2015; Batcheller, 2011; Waxman et al., 2017). À ces fins, l'élaboration d'un référentiel de compétences (Batcheller et al., 2019) permettrait d'identifier les connaissances et les habiletés qui guident la pratique de gestion des cadres infirmiers, supérieurs et intermédiaires, selon une perspective infirmière. De plus, il permettrait de revoir les qualifications requises pour exercer des fonctions au sein de la DIRSI et de rendre explicite les attentes de progression pour chacune des compétences. À cet effet, la

mise en place d'un groupe de travail, qui pourrait être coordonné par la Table nationale de coordination des soins et services infirmiers du MSSS, permettrait de mobiliser les milieux clinique, professionnel (les DSI du Québec, l'OIIQ) et académique (les universités), assurant ainsi la participation d'une expertise de haut niveau dans la réalisation de ce projet d'envergure nationale et internationale. En complément des résultats de la présente recherche, il importe de souligner que l'élaboration de ce référentiel pourrait s'inspirer des travaux réalisés par *l'American Organization of Nurse Executives* (Waxman et al., 2017) ainsi que de ceux de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2019).

2. La formation académique des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau, est présentée par certains auteurs en sciences infirmières comme un enjeu majeur considérant notamment la complexité des organisations de santé (Crawford et al., 2017; Digman et al., 2012; Herman et al., 2015; Jeffs et al., 2018; Jones et al., 2016; Meadows, 2016). La réforme du réseau québécois de la santé de 2015 s'inscrit dans cette même complexité, générant des changements au niveau de la gouverne, la structure et la composition des DIRSI au Québec. C'est dans ce contexte que l'élaboration de programmes innovants de formation universitaire aux cycles supérieurs (deuxième et troisième cycles), notamment en administration des services infirmiers, devient essentielle, d'une part, pour s'assurer de maximiser les compétences de DIRSI et d'autre part, pour préparer la relève de cadres infirmiers de demain à exercer dans des positions stratégiques, dans des organisations de santé de plus en plus complexes. L'élaboration de ces programmes pourrait compter sur la collaboration des instances concernées du

réseau de la santé (p. ex. : la Table nationale de coordination des soins et services infirmiers du MSSS, les DIRSI), afin de créer des partenariats créatifs et novateurs entre les différents milieux soit clinique, professionnel et académique.

3. Les responsabilités associées au mandat légal octroyé par la LSSSS à la DSI, soutenue par son équipe de cadres infirmiers, et la nouvelle gouvernance des soins infirmiers (hiérarchique et transversale), requièrent le maintien d'un haut niveau d'expertise et des connaissances avancées en sciences infirmières. Il paraît essentiel de mettre en place des programmes de mentorat et de formation continue, adaptés et accessibles, aux cadres infirmiers de la DIRSI, visant le développement des compétences en fonction de leurs besoins (p. ex. : habiletés politiques, habiletés en intelligence émotionnelle, analyse critique et politique des environnements organisationnels, pouvoir d'influence dans les processus décisionnels, élaboration d'un argumentaire basé sur des résultats probants). La stratégie de formation universitaire et de formation continue pourrait faire partie des plans de la relève gérés par les DIRSI. De fait, l'identification et l'analyse des besoins pourraient être coordonnées par la Table nationale de coordination des soins et services infirmiers du MSSS. L'élaboration des programmes de formation continue en administration des services infirmiers et des programmes de mentorat pourrait être sous la responsabilité des facultés de sciences infirmières des universités, en étroite collaboration avec les DIRSI.

Recherche

Au regard de la dimension de la recherche, deux retombées émergent pour de futures études à réaliser : 1) la mise en place de projets de recherche-action portant sur le leadership stratégique de DIRSI dans une optique de mesure et 2) le développement d'une approche socioculturelle incluant l'impact du genre sur l'exercice du leadership stratégique infirmier.

1. Tel que mentionné précédemment, cette étude est, à notre connaissance, la première à être réalisée au Québec sur l'exercice du leadership stratégique de DIRSI et ses composantes, à partir d'une perspective infirmière. L'utilisation d'un cadre de référence du leadership stratégique qui s'appuie sur des éléments tirés du modèle de Boal et Hooijberg (2000) et de celui de Hambrick (1989) a permis la description détaillée des capacités et de certaines composantes professionnelles et organisationnelles associées à son exercice. Les résultats révèlent les zones d'influence ainsi que les dimensions à améliorer. À cet effet, l'élaboration de projets de recherche participative, en partenariat avec des DIRSI, visant à identifier des interventions, des actions, des stratégies et d'indicateurs de mesure qui pourraient améliorer et soutenir les pratiques de gestion managériales et stratégiques est proposée.
2. Le développement de futures recherches portant un regard socioculturel sur l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI et tenant compte de la perspective de genre serait intéressant et pertinent. Les résultats de la présente étude révèlent que la participation de la DIRSI, essentiellement composée de femmes (94 % dans cette étude) demeure

limitée dans les processus décisionnels, son expertise sous-utilisée et la contribution des soins à la performance organisationnelle peu visible. Mieux comprendre les obstacles et les normes socioculturels qui peuvent influencer l'exercice des fonctions au niveau stratégique permettrait l'avancement des connaissances dans le domaine du leadership des DIRSI.

Dimension politique

En regard de la dimension politique, quatre retombées émergent des résultats soit : 1) l'optimisation de la place accordée à la qualité des soins infirmiers dans les établissements, 2) la révision du titre d'emploi des CCSI et la révision du vocabulaire utilisé pour décrire la DIRSI, 3) la mise en place un forum national sur le leadership stratégique de DIRSI visant le partage des meilleures pratiques dans la gouvernance des soins infirmiers et 4) la création d'instances nationales de coordination pour les DIRSI.

1. Les résultats de la présente étude révèlent que la réalisation du mandat légal de la DIRSI en matière de qualité des soins est modulée par divers facteurs soit : la nature des liens avec la PDG, la culture organisationnelle et la participation limitée à la prise de décision stratégique. Selon les établissements, ces facteurs pourraient favoriser ou contraindre, la capacité de la DIRSI à partager son expertise avancée de soins et de services infirmiers. Une organisation qui n'est pas en mesure d'utiliser à bon escient le plein potentiel de la DIRSI en matière de qualité des soins infirmiers peut limiter l'atteinte des cibles de performance organisationnelle à cause de l'impact des soins infirmiers sur les résultats de santé de la population. Dans une visée de performance clinique et organisationnelle, il

serait opportun pour les DIRSI de proposer aux PDG des mécanismes adaptés aux préoccupations des autres directions de l'organisation (p. ex. : directions programmes-services et soutien), permettant l'amélioration de la qualité des soins infirmiers par le biais de cibles à atteindre au même titre que les résultats financiers.

2. La révision des rôles des CCSI de la DIRSI apparaît nécessaire parce qu'ils sont plus complexes et plus stratégiques dans la gouvernance actuelle des soins infirmiers (p. ex. : établir des cibles d'amélioration, utiliser et implanter les résultats probants, établir des alliances stratégiques avec plusieurs partenaires dans plusieurs environnements de soins pour s'assurer du plein exercice infirmier, évaluer la qualité des soins infirmiers, etc.). Les résultats de cette étude révèlent que les CCSI sont également associées à l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI dans une visée de qualité des soins infirmiers dans des organisations complexes. En outre, il importe de souligner qu'un consensus se dégage sur l'importance d'utiliser le titre d'« infirmière clinicienne spécialisée » à travers le Canada et les États-Unis (Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady, 2014) en référence aux infirmières en pratique avancée des soins infirmiers pour une comparaison potentielle et une reconnaissance de ce type d'infirmières. Des travaux à cet effet pourraient être réalisés par les instances ministérielles concernées (soins infirmiers, ressources humaines, finances) pour une standardisation nationale de titres d'emploi et des statuts. En outre, il serait également souhaitable de déterminer un plan d'effectifs infirmiers en pratique avancée qui tiendrait compte de la composition et de la distribution des équipes de soins, de l'étendue de la pratique infirmière et de la complexité grandissante des soins et des établissements de santé.

3. La mise en place d'un forum national sur le leadership stratégique de DIRSI dans le but de mobiliser les savoirs de l'ensemble des acteurs de la DIRSI, partager l'expertise de haut niveau et les meilleures pratiques de gouvernance des soins infirmiers favoriserait probablement le rayonnement de la contribution des soins infirmiers dans le réseau. Ce forum pourrait être sous la responsabilité des trois parties prenantes soit le MSSS, l'OIIQ et les universités afin d'allier les forces et la contribution de chacune des instances dans un souci d'orientation stratégique. Il pourrait avoir comme finalité de proposer des recommandations stratégiques annuelles et des actions à mettre en place, dans une visée d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers pour la clientèle et pour le développement continu des compétences infirmières, de la gouvernance des soins infirmiers et de la performance tant clinique qu'organisationnelle.
4. À l'instar de la Table nationale de coordination des soins et services infirmiers du MSSS, il serait intéressant de réfléchir à la création d'autres types d'instances nationales pour lesquelles différents acteurs de la DIRSI participeraient à part entière à des orientations nationales et stratégiques en matière de gouvernance des soins infirmiers pour l'amélioration de l'état de santé de la population québécoise.

Conclusion

Cette étude doctorale a permis de documenter des composantes structurantes associées à l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI. L'étude qualitative descriptive a permis d'apporter un regard collectif, à l'égard de l'exercice du leadership stratégique, tel que perçu et exercé par de la DIRSI, dans des environnements organisationnels en transformation.

Cette description a contribué à identifier les zones d'influence et également les composantes structurantes nécessitant des améliorations. La présente étude révèle l'importance, pour chaque gestionnaire en soins infirmiers de haut niveau de la DIRSI, d'occuper pleinement sa place en maximisant ses capacités (d'apprentissage, d'adaptation et de gestion) et ainsi utiliser adéquatement son pouvoir d'action pour prendre part à la réalisation optimale du mandat de la DIRSI à l'égard de la qualité des soins infirmiers. De plus, il importe de préciser que l'optimisation de la contribution de la DIRSI requiert une prise de conscience collective de tous les acteurs décideurs stratégiques, de manière à ce qu'elle soit un incontournable pour la qualité des soins infirmiers dans l'organisation.

Cette étude doctorale propose des pistes de réflexion et d'action pour les DIRSI, les PDG et d'autres instances comme le MSSS, l'OIIQ et les universités afin de permettre, nous le souhaitons, la mise en place de mécanismes pour une gouverne des soins infirmiers optimale dans une visée de qualité des soins d'excellence dans les établissements de santé au Québec.

Dans une perspective d'avenir, il serait également opportun d'élaborer des processus permettant de mieux documenter la contribution de DIRSI à la performance clinique et organisationnelle. La mesure d'indicateurs pouvant être associés à l'exercice du leadership stratégique demeure une piste à explorer. De plus, une meilleure compréhension du volet

socioculturel incluant la notion de genre pour l'exercice du leadership stratégique de DIRSI pourrait permettre l'avancement des connaissances sur le pouvoir d'influence des gestionnaires en soins infirmiers de haut niveau et le leadership exercé par les femmes et les hommes dans les sociétés contemporaines.

Références

- Akerjordet, K. et Severinsson, E. (2010). The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 363-382. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01087.x
- American Organization for Nursing Leadership. (2015). Nurse executive competencies. Repéré à <https://www.aonl.org/sites/default/files/aone/nurse-executive-competencies.pdf>
- Arnold, L., Drenkard, K., Ela, S., Goedken, J., Hamilton, C., Harris, C., . . . White, M. (2006). Strategic positioning for nursing excellence in health systems. Insight from chief nursing executive. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), 11-20.
- Aroian, J. F., Patsdaughter, C. A. et Wyszynski, M. E. (2000). Dons in long-terme care facilities: Contemporary roles, current credentials, and educational needs. *Nursing Economics*, 18(3), 149-156.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). Les soins infirmiers en pratique avancée: Un cadre pancanadien. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/apn-a-pan-canadian-framework_fr.pdf?la=fr&hash=776B6B36BD2044C2481D70F640F9024411C566EC
- Awogni, J., Fortin, A.-H. et Rondeau, A. (2015). *Rôles et responsabilités des DSI et gouvernance en soins infirmiers dans le contexte du projet de loi 10. Rapport de recherche*. Montréal: Pôle santé HEC
- Barry, J. et Winter, J. (2015). Health system chief nurse executive: Is a DNP the degree of choice? *Journal of Nursing Administration*, 45(11), 527-528. doi: 10.1097/NNA.0000000000000255
- Batcheller, J., Yoder, L. H., Yoder-Wise, P. S. et Williams, S. (2019). Preparing chief nurse successors: An evaluation of the chief nursing officer academy. *Journal of Nursing Administration*, 49(1), 24-27.
- Batcheller, J. A. (2011). On-boarding and enculturation of new chief nursing officers. *Journal of Nursing Administration*, 41(5), 235-239. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182171c6a

- Blouin, A. S. et Buturusis, B. (2012). Addressing the critical role of nurse leaders in advancing quality and safety. *Nurse Leader*, 10(6), 22-25. doi: 10.1016/j.mnl.2012.09.002
- Boal, K. B. et Hooijberg, R. (2000). Strategic leadership research: Moving on. *The Leadership Quarterly*, 11(4), 515-549. doi: 10.1016/S1048-9843(00)00057-6
- Boal, K. B. et Schultz, P. L. (2007). Storytelling, time, and evolution: The role of strategic leadership in complex adaptive systems. *The Leadership Quarterly*, 18(4), 411-428. doi: 10.1016/j.leaqua.2007.04.008
- Boyal, A. et Hewison, A. (2016). Exploring senior nurses' experiences of leading organizational change. *Leadership in Health Services*, 29(1), 37-51. doi: 10.1108/LHS-03-2015-0005
- Bradley, C. (2014). Leading nursing through influence and structure: The system nurse executive role. *Journal of Nursing Administration*, 44(12), 619-621. doi: 10.1097/NNA.0000000000000136
- Burke, D., Flanagan, J., Ditomassi, M. et Hickey, P. A. (2017). Characteristics of nurse directors that contribute to registered nurse satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 47(4), 219-225.
- Burkman, K., Sellers, D., Rowder, C. et Batcheller, J. (2012). An integrated system's nursing shared governance model: A system chief nursing officer's synergistic vehicle for leading a complex health care system. *Nursing Administration Quarterly*, 36(4), 353-361. doi: 10.1097/NAQ.0b013e31826692ea
- Carney, M. (2011). Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(7), 523-539. doi: 10.1108/09526861111160562
- Carter, S. M. et Greer, C. R. (2013). Strategic leadership: Values, styles, and organizational performance. *Journal of leadership & organisational studies*, 20(4), 375-393. doi: 10.1177/1548051812471724
- Castle, N. G. et Decker, F. H. (2011). Top management leadership style and quality of care in nursing homes. *The Gerontologist*, 51(5), 630-642. doi: 10.1093/geront/gnr064

- Castle, N. G., Furnier, J., Ferguson-Rome, J. C., Olson, D. et Johs-Artisensi, J. (2015). Quality of care and long-term care administrators' education: Does it make a difference? *Health Care Management Review*, 40(1), 35-45.
- Castle, N. G. et Lin, M. (2010). Top management turnover and quality in nursing homes. *Health Care Management Review*, 35(2), 161-174.
- Child, J. (1997). Strategic choice in the analysis of action, structure, organizations and environment: Retrospect and prospect. *Organization Studies*, 18(1), 43-76. doi: 10.1177/017084069701800104
- Clark-Burg, K. et Allieux, S. (2017). A study of styles: How do nurse managers make decisions? *Nursing Management*, 48(7), 44-49. doi: 10.1097/01.NUMA.0000520721.78549.ad
- Clavelle, J., Drenkard, K., Tullai-McGuinness, S. et Fitzpatrick, J. J. (2012). Transformational leadership practices of chief nursing officers in magnet(r) organizations. *Journal of Nursing Administration*, 42(4), 195-201.
- Codier, E., Kamikawa, C. et Kooker, B. M. (2011). The impact of emotional intelligence development on nurse managers. *Nursing Administration Quarterly*, 35(3), 270-276. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182243ae3
- Cohen, W. M. et Levinthal, D. A. (1990). Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 128-152.
- Crawford, C. L., Omery, A. et Spicer, J. (2017). An integrative review of 21st-century roles, responsibilities, characteristics, and competencies of chief nurse executives: A blueprint for the next generation. *Nursing Administration Quarterly*, 41(4), 297-309.
- Crossan, F. (2003). Strategic management and nurses: Building foundations. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 331-335. doi: 10.1046/j.1365-2834.2003.00373.x
- Dainty, K. N. et Sinclair, D. (2017). A critical qualitative study of the position of middle managers in health care quality improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 172-179.
- Dall'Agnol, C., Moura, G., Magalhaes, A., Falk, M., Riboldi, C. et Oliveira, A. (2013). Motivaciones, contradicciones y ambigüedades en el liderazgo de enfermeros en cargo

- de jefatura en un hospital universitario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5), 1172-1178. doi: 10.1590/S0104-11692013000500022
- Davies, B. et Davies, B. J. (2005). Strategic leadership reconsidered. *Leadership and Policy in Schools*, 4(3), 241-260. doi: 10.1080/15700760500244819
- Davies, B. J. et Davies, B. (2004). Strategic leadership. *School Leadership & Management*, 24(1), 29-38. doi: 10.1080/1363243042000172804
- Davies, B. J. et Davies, B. (2006). Developing a model for strategic leadership in schools. *Educational Management Administration & Leadership*, 34(1), 121-139. doi: doi:10.1177/1741143206059542
- Denis, J., Kisfalvi, V., Langley, A. et Rouleau, L. (2011). Perspective on strategic leadership. Dans A. Bryman, K. Collinson, B. Grint, B. Jackson & M. Uhl-Bien (dir.), *The Sage Handbook of leadership* (p. 71-85). Los Angeles: SAGE Publications.
- Denison, D. R., Hooijberg, R. et Quinn, R. E. (1995). Paradox and performance: Toward a theory of behavioral complexity in managerial leadership. *Organization Science*, 6(5), 524-540.
- Digman, D., Duffield, C., Stasa, H., Gray, J., Jackson, D. et Daly, J. (2012). Management and leadership in nursing: An Australian educational perspective. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 65-71. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01340.x
- Disch, J., Dreher, M., Davidson, P., Senioris, M. et Wainio, J. A. (2011). The role of the chief nurse officer in ensuring patient safety and quality. *Journal of Nursing Administration*, 41(4), 179-185. doi: 10.1097/NNA.0b013e318211874b
- Donley, R. (2005). Challenges for nursing in the 21st century. *Nursing Economics*, 23(6), 312-318.
- Dubois, C. A., D'Amour, D., Pomey, M. P., Girard, F. et Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: A systematic and interpretive review. *BMC Nursing*, 12, 7. doi: 10.1186/1472-6955-12-7
- Dussault, G. et Dubois, C. (2003). Les personnels de la santé: Bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins. Dans L. Vincent, P. Bergeron, C. Begin & G. Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* (p. 229-257). Québec: Presses de l'Université Laval.

- Dwore, R. B., Murrauy, B. P., Fosbinder, D., Parsons, R., Smith, P., Dalley, K., . . . Gustafson, G. (2000). Integration of nurse executives into executive level administration in Utah hospitals. *Health care manager, 18*(4), 22-36.
- Eacott, S. (2008). Strategy in educational leadership: In search of unity. *Journal of Educational Administration, 46*(3), 353-375. doi: 10.1108/09578230810869284
- Eduardo, E., Peres, A., Almeida, M., Roglio, K. et Bernardino, E. (2015). Analysis of the decision-making process of nurse managers: A collective reflection. *Revista Brasileira de Enfermagem, 68*(4), 582-588.
- Elenkov, D. S., Judge, W. et Wright, P. (2005). Strategic leadership and executive innovation influence: An international multi-cluster comparative study. *26*(7), 665-682. doi: 10.1002/smj.469
- Esterhuizen, P. (2014). Review: Evaluation of leadership practices: How to develop a vision. *Journal of Research in Nursing, 19*(2), 116-117. doi: 10.1177/1744987114524102
- Finkelstein, S., Hambrick, D. et Cannella, A. A., Jr. (2009). *Strategic leadership: Theory and research on executives, top management teams, and boards*. New York: Oxford University Press.
- Finkelstein, S. et Hambrick, D. C. (1990). Top-management-team tenure and organizational outcomes: The moderating role of managerial discretion. *Administrative Science Quarterly, 35*(3), 484-503.
- Finkelstein, S. et Hambrick, D. C. (1996). *Strategic leadership : Top executives and their effects on organizations*. Minneapolis/St-Paul, Minn.: West Publishing.
- Fleming, M. L. (2007). *Nursing home leadership: Experience and perceptions of directors of nursing*. (Thèse de doctorat, University of California, San Francisco). Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109849807&lang=fr&site=ehost-live> Accessible par ProQuest Dissertations & Theses (304879747)
- Fleming, M. L. et Kayser-Jones, J. (2008). Assuming the mantle of leadership: Issues and challenges for directors of nursing. *Journal of Gerontological Nursing, 34*(11), 18-25.
- Fortin, A., Rondeau, A., Ménard, G. et Tremblay, L. (2015). La transformation du réseau de la santé et des services sociaux-vers une gouvernance renouvelée pour la pratique infirmière. *Le Point en santé et services sociaux, 11*(4).

- Gallagher-Ford, L. (2014). Implementing and sustaining EBP in real world healthcare settings: Transformational evidence-based leadership: Redesigning traditional roles to promote and sustain a culture of EBP. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(2), 140-142. doi: 10.1111/wvn.12033
- George, V. et Lovering, S. (2013). Transforming the context of care through shared leadership and partnership: An international CNO perspective. *Nursing Administration Quarterly*, 37(1), 52-59. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182751732
- Germain, B. P. et Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: A systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 425-439. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01100.x
- Goetz, K., Janney, M. et Ramsey, K. (2011). When nursing takes ownership of financial outcomes: Achieving exceptional financial performance through leadership, strategy, and execution. *Nursing Economics*, 29(4), 173-182.
- Hader, R. (2011). The role of the corporate chief nursing officer. *Nursing Management*, 42(6), 45-47.
- Hambrick, D., Cannella, A. A., Jr. et Pettigrew, A. (2001). Upper echelons: Donald Hambrick on executives and strategy. *The Academy of Management Executive*, 15(3), 36-44. doi: 10.2307/4165757
- Hambrick, D. C. (1989). Guest editor's introduction: Putting top managers back in the strategy picture. *Strategic Management Journal*, 10, 5-15. doi: 10.2307/2486579
- Hambrick, D. C. (2007). Upper echelons theory: An update. *The Academy of Management Review*, 32(2), 334-343. doi: 10.2307/20159303
- Hambrick, D. C. et Mason, P. A. (1984). Upper echelons: The organization as a reflection of its top managers. *Academy of Management Review*, 9(2), 193-206. doi: 10.5465/amr.1984.4277628
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. et O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach*. (5^e éd.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Hart, S. L. et Quinn, R. E. (1993). Roles executives play: CEOs, behavioral complexity, and firm performance. *Human Relations*, 46(5), 543-574. doi: 10.1177/001872679304600501

- Heckemann, B., Schols, J. M. G. A. et Halfens, R. J. G. (2015). A reflective framework to foster emotionally intelligent leadership in nursing. *Journal of Nursing Management*, 23(6), 744-753. doi: 10.1111/jonm.12204
- Hendrich, A. L., Batcheller, J., Ellison, D. A., Janik, A. M., Jeffords, N. B., Miller, L., . . . Williams, C. (2012). The ascension health experience: Maximizing the chief nursing officer role in a large, multihospital system to advance patient care quality and safety. *Nursing Administration Quarterly*, 36(4), 277-288.
- Herman, S., Gish, M. et Rosenblum, R. (2015). Effects of nursing position on transformational leadership practices. *Journal of Nursing Administration*, 45(2), 113-119. doi: 10.1097/NNA.0000000000000165
- Hernandez, S. E., Conrad, D. A., Marcus-Smith, M. S., Reed, P. et Watts, C. (2013). Patient-centered innovation in health care organizations: A conceptual framework and case study application. *Health Care Management Review*, 38(2), 166-175.
- Hitt, M. A. et Duane, R. (2002). The essence of strategic leadership: Managing human and social capital. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 9(1), 3-14. doi: 10.1177/107179190200900101
- Hooijberg, R. (1996). A multidirectional approach toward leadership: An extension of the concept of behavioral complexity. *Human Relations*, 49(7), 917.
- Hooijberg, R., Hunt, J. G. et Dodge, G. E. (1997). Leadership complexity and development of the leaderplex model. *Journal of Management*, 23(3), 375.
- Hooijberg, R. et Lane, N. (2014). Strategic leadership. Dans *Wiley Encyclopedia of Management* (Vol. 12.). Repéré à <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118785317.weom120215>
- Hosmer, L. T. (1986). The importance of strategic leadership. *Journal of Business Strategy* (3), 47-57.
- House, R. J. et Aditya, R. N. (1997). The social scientific study of leadership: Quo Vadis? *Journal of Management*, 23(3), 409-473. doi: 10.1177/014920639702300306
- Hughes, K.-A. et Carryer, J. B. (2011). Nursing structures in New Zealand public hospitals: Current configurations. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 12(1), 36-45. doi: 10.1177/1527154410393978

- Hughes, K.-A., Carryer, J. B. et White, J. (2015). Structural positioning of nurse leaders and empowerment. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2125-2132. doi: 10.1111/jocn.12839
- Hughes, K. A. (2013). *Making sense of the director of nursing structural positionning in New Zealand public hospitals (2006-2012)*. (Thèse de doctorat, Massey University, Nouvelle-Zélande). Repéré à <https://mro.massey.ac.nz/handle/10179/4772>
- Ireland, R. D. et Hitt, M. A. (2005). Achieving and maintaining strategic competitiveness in the 21st century: The role of strategic leadership. *The Academy of Management Executive (1993-2005)*, 19(4), 63-77.
- Jasper, M. et Crossan, F. (2012). What is strategic management? *Journal of Nursing Management*, 20(7), 838-846. doi: 10.1111/jonm.12001
- Jeffs, L., Baker, G. R., Taggar, R., Hubley, P., Richards, J., Merkley, J., . . . Jessie Ho, F. (2018). Attributes and actions required to advance quality and safety in hospitals: Insights from nurse executives. *Nursing Leadership*, 31(2), 20-31.
- Jeffs, L., Merkley, J., Sinno, M., Thomson, N., Peladeau, N. et Richardson, S. (2019). Engaging stakeholders to co-design an academic practice strategic plan in an integrated health system: The key roles of the nurse executive and planning team. *Nursing Administration Quarterly*, 43(2), 186-192.
- Jha, A. et Epstein, A. (2010). Hospital governance and the quality of care. *Health Affairs*, 29(1), 182-187. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0297
- Johnston, D. et Villa, J. (2018). Shifting culture: A new CNO leading to nursing excellence. *Journal of Nursing Administration*, 48(9), 422-424. doi: 10.1097/NNA.0000000000000643
- Jones, A., Lankshear, A. et Kelly, D. (2016). Giving voice to quality and safety matters at board level: A qualitative study of the experiences of executive nurses working in England and Wales. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 169-176. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.04.007
- Joseph, M. L. (2015). Organizational culture and climate for promoting innovativeness. *Journal of Nursing Administration*, 45(3), 172-178.

- Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W. M., Froehle, C. M. et Margolis, P. (2010). The influence of context on quality improvement success in health care: A systematic review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 88(4), 500-559.
- Kerfoot, K. M. et Luquire, R. (2012). Alignment of the system's chief nursing officer: Staff or direct line structure? *Nursing Administration Quarterly*, 36(4), 325-331. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182669333
- Kingston, M. B. (2013). The system chief nursing officer: An evolving role. *Nurse Leader*, 11(3), 27-29. doi: 10.1016/j.mnl.2013.03.004
- Kirk, H. (2008). Nurse executive director effectiveness: A systematic review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 374-381. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00783.x
- Kirk, H. (2009). Factors identified by nurse executive directors as important to their success. *Journal of Nursing Management*, 17(8), 956-964. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01032.x
- Kramer, M., Schmalenberg, C. et Maguire, P. (2010). Nine structures and leadership practices essential for a magnetic healthy work environment. *Nursing Administration Quarterly*, 34(1), 4-17. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3181c95ef4
- Krause, M. R. (2012). Director of nursing current job tenure and past experience and quality of care in nursing homes. *Health Care Management Review*, 37(1), 98-108.
- Krueger, R. A. et Casey, M. A. (2009). *Focus groups : A practical guide for applied research*. (4^e éd.). Los Angeles: Sage Publications, Inc.
- Lewis, L., Shanahan, M. et Andrus, V. (2014). Nurses leading the way: A holistic view of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 44(9), 441-443. doi: 10.1097/NNA.0000000000000105
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, California: Sage Publications, Inc.
- Lúanaigh, P. Ó. et Hughes, F. (2016). The nurse executive role in quality and high performing health services. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 132-136. doi: 10.1111/jonm.12290

- Luc, D. et Rondeau, A. (2002). La restructuration par programmes-clientèles à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont : Une étude diachronique de cette transformation. *Gestion*, 27(3), 33-41. doi: 10.3917/riges.273.0033
- Martin, J. S., McCormack, B., Fitzsimons, D. et Spirig, R. (2012). Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 72-80. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01271.x
- Martin, J. S., McCormack, B., Fitzsimons, D. et Spirig, R. (2014). Evaluation of leadership practices: How to develop a vision. *Journal of Research in Nursing*, 19(2), 102-115. doi: 10.1177/1744987114523977
- Mazouz, B. et Leclerc, J. (2011). *La gestion intégrée par résultats : Concevoir et gérer autrement la performance dans l'administration publique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- McCausland, M. P. (2012). Opportunities and strategies in contemporary health system executive leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 36(4), 306-313.
- Meadows, M. T. (2016). New competencies for system chief nurse executives. *Journal of Nursing Administration*, 46(5), 235-237.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Thomas, B. K., Troseth, M., Wyngarden, K. et Szalacha, L. (2016). A study of chief nurse executives indicates low prioritization of evidence-based practice and shortcomings in hospital performance metrics across the United States. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 6-14. doi: 10.1111/wvn.12133
- Montalvo, W. et Byrne, M. W. (2016). Mentoring nurses in political skill to navigate organizational politics. *Nursing Research and Practice*, 2016, 8. doi: 10.1155/2016/3975634
- Morse, J. M. et Field, P. A. (1995). *Qualitative research methods health professionals*. (2^e éd.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- MSSS. (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Repéré à http://www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/2010_05_evaluationcsss_directio%20nevaluationmsss.pdf

- MSSS. (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=938>
- MSSS (2017). *Le système de santé et de services sociaux au Québec*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.pdf>
- MSSS (2018). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: MSSS. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-42.pdf>
- Nelson, K. E. et Pilon, B. (2015). Managing organizational transitions: The chief nurse perspective. *Nurse Leader*, 13(3), 71-76. doi: 10.1016/j.mnl.2014.09.011
- Nelson-Brantley, H. V., Ford, D. J., Miller, K. L. et Bott, M. J. (2018). Nurse executives leading change to improve critical access hospital outcomes: A literature review with research-informed recommendations. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 18(1), 148-179. doi: 10.14574/ojrnhc.v18i1.510
- Oetjen, R. M., Oetjen, D. M. et Rotarius, T. (2008). Administrative decision making: A stepwise method. *Health care manager*, 27(1), 4-12.
- OIIQ (2004). *La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés*. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/194_doc_0.pdf
- OIIQ (2014). *La gouvernance infirmière: Condition de succès de la transformation du réseau. Mémoire*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Olson, D. et Zwygart-Stauffacher, M. (2008). The organizational quality frontier and essential role of the director of nursing. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(1), 11-13.
- Osborne, K. (2014a). Nursing standard research reveals high turnover of top level staff. *Nursing Standard*, 28(49), 7-7.
- Osborne, K. (2014b). Rapid turnover of nursing directors undermines drive to improve safety. *Nursing Standard*, 28(49), 14-15.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3^e éd.). Paris: Armand Colin.

- Palladan, A., Binti Abdulkadir, K. et Chong, Y. (2016). Strategic leadership: A sine qua non toward revitalizing nigerian public terciary institutions. *International Journal of Commerce and Management*, IV(9), 253-264.
- Parand, A., Dopson, S., Renz, A. et Vincent, C. (2014). The role of hospital managers in quality and patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 4(9), 1-15. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005055
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2^e éd.). Newbury Park: Newbury Park : Sage Publications.
- Pepin, J., Ducharme, F. et K  rouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. (4^e   d.). Montréal : Cheneli  re   ducation.
- Pepin, J., Larue, C., Allard,   . et Ha, L. (2015). *La discipline infirmière: Une contribution d  cisive aux enjeux de santé*. Montréal: Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI).
- Prado-Inzerillo, M., Clavelle, J. T. et Fitzpatrick, J. J. (2018). Leadership practices and engagement among magnet hospital chief nursing officers. *Journal of Nursing Administration*, 48(10), 502-507.
- Prufeta, P. (2017). Emotional intelligence of nurse managers: An exploratory study. *Journal of Nursing Administration*, 47(3), 134-139.
- Quatrara, B., Rea, K., Wilkins, K. et Facticeau, L. (2017). Partnering to improve outcomes: The nurse executive and the clinical nurse specialist. *Nurse Leader*, 15(1), 61-64. doi: 10.1016/j.mnl.2016.08.011
- Rich, V. L. et Porter-O'Grady, T. (2011). Nurse executive practice. Creating a new vision for leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 35(3), 277-281.
- Rudisill, P. T. D. et Thompson, P. A. (2012). The american organization of nurse executives system CNE task force: A work in progress. *Nursing Administration Quarterly*, 36(4), 289-298.
- Ryan, C., Powlesland, J., Phillips, C., Raszewski, R., Johnson, A., Banks-Enorens, K., . . . Welsh, J. (2017). Nurses' perceptions of quality care. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 180-185.

- Salmela, S., Eriksson, K. et Fagerström, L. (2012). Leading change: A three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 423-433. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05802.x
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing and Health*, 18(2), 179-183. doi: 10.1002/nur.4770180211
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334-340.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing and Health*, 33(1), 77-84. doi: 10.1002/nur.20362
- Sandelowski, M. et Barroso, J. (2002). Finding the findings in qualitative studies. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 213-219. doi: 10.1111/j.1547-5069.2002.00213.x
- Sanford, K. et Janney, M. (2019). Preparing the nurse executive of the future. *Journal of Nursing Administration*, 49(4), 171-173.
- Séguin, F., Hafsi, T. et Demers, C. (2008). *Le management stratégique : De l'analyse à l'action*. Montréal: Éditions Transcontinental.
- Shirey, M. R. (2013). Executive presence for strategic influence. *Journal of Nursing Administration*, 43(7), 373-376.
- Siegel, E. O., Leo, M. C., Young, H. M. et Castle, N. G. (2014). Nursing home administrator self-assessed preparedness. *Health Care Management Review*, 39(3), 210-222.
- Siegel, E. O., Mueller, C., Anderson, K. L. et Dellefield, M. E. (2010). The pivotal role of the director of nursing in nursing homes. *Nursing Administration Quarterly*, 34(2), 110-121.
- Siegel, E. O., Young, H. M., Leo, M. C. et Santillan, V. (2012). Managing up, down, and across the nursing home: Roles and responsibilities of directors of nursing. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 13(4), 214-223. doi: 10.1177/1527154413481629
- Siegel, E. O., Young, H. M., Zysberg, L. et Santillan, V. (2014). Securing and managing nursing home resources: Director of nursing tactics. *The Gerontologist*, 55(5), 748-759. doi: 10.1093/geront/gnu003

- Spano-Szekely, L., Quinn Griffin, M. T., Clavelle, J. et Fitzpatrick, J. J. (2016). Emotional intelligence and transformational leadership in nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 46(2), 101-108.
- Spicer, Guo, Y., Liu, H., Hirsch, J., Zhao, H., Ma, W. et Holzemer, W. (2011). Importance of role competencies for chinese directors of nursing based on the forces of magnetism. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 153-159. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01182.x
- Spiers, J. A., Lo, E., Hofmeyer, A. et Cummings, G. G. (2016). Nurse leaders' perceptions of influence of organizational restructuring on evidence-informed decision-making. *Nursing Leadership*, 29(2), 64-81.
- Touchette, B. C. et Kilpatrick, K. (2018). Le soutien au leadership transformationnel des infirmières gestionnaires dans un contexte de changement organisationnel: La perspective des infirmières gestionnaires. *Science infirmière et pratiques en santé*, 1(2), 1-12. doi: 10.31770/2561-7516.1008
- Tyczkowski, B., Vandenhouten, C., Reilly, J., Bansal, G., Kubsch, S. et Jakkola, R. (2015). Emotional intelligence (EI) and nursing leadership styles among nurse managers. *Nursing Administration Quarterly*, 39(2), 172-180. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000094
- Vallières, S. et Mercier, C. (2002). Les conseils des infirmières et infirmiers des établissements de santé du Québec, de 1991 à 2001. Dans C. Dallaire & O. Goulet (dir.), *Les soins infirmiers: Vers de nouvelles perspectives* (p. 225-252). Québec: Gaétan Morin.
- Volpp Sierra, J. C. et Banzato, C. R. (2016). Implication of theory and research on strategic leadership : A critical review. *Revista Ibero-Americana de Estrategia*, 15(3), 119-131. doi: 10.5585/riae.v15i3.2331
- Waxman, K. T., Roussel, L., Herrin-Griffith, D. et D'Alfonso, J. (2017). The AONE nurse executive competencies: 12 years later. *Nurse Leader*, 15(2), 120-126. doi: 10.1016/j.mnl.2016.11.012

- Weatherford, B., Bower, K. A. et Vitello-Cicciu, J. (2018). The CNO and leading innovation: Competencies for the future. *Nursing Administration Quarterly January/March*, 42(1), 76-82.
- Weiss, C. S. et Pettker, J. D. (2015). The case for nursing leaders on hospital boards. *Nursing Administration Quarterly*, 39(1), 14-17. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000069
- White, D. E., Jackson, K. et Norris, J. M. (2013). Leadership, a central ingredient for a successful quality agenda: A qualitative study of canadian leaders' perspectives. *Healthcare Quarterly*, 16(1), 62-67.
- White, J. (2012). Reflections on strategic nurse leadership. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 835-837. doi: 10.1111/jonm.12007
- Wilmoth, M. C. et Shapiro, S. E. (2014). The intentional development of nurses as leaders: A proposed framework. *Journal of Nursing Administration*, 44(6), 333-338. doi: 10.1097/NNA.0000000000000078
- Wong, C. A., Cummings, G. G. et Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724. doi: 10.1111/jonm.12116
- Wong, C. A., Laschinger, H., Cummings, G. G., Vincent, L. et O'Connor, P. (2010). Decisional involvement of senior nurse leaders in canadian acute care hospitals. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 122-133. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01053.x
- Yukl, G. (2008). How leaders influence organizational effectiveness. *The Leadership Quarterly*, 19(6), 708-722. doi: 10.1016/j.leaqua.2008.09.008
- Zager, L. R. et Walker, E. C. (2005). One vision, one voice: Transforming caregiving in nursing. *Orthopaedic Nursing*, 24(2), 130-133.

ANNEXES

Annexe A.

Certificat d'éthique de la recherche en santé (CERES)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

- 1^{er} renouvellement -

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal


Projet	
Titre du projet	L'exercice du leadership stratégique de directions de soins infirmiers dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec
Étudiante requérante	Marcela Ferrada-Videla, Candidate au Ph. D. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Sylvie Dubois, professeure associée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal & Jacinthe Pépin, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.


Guillaume Péré
Conseiller en éthique de la recherche.
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

29 août 2018	1er septembre 2019
Date de délivrance du renouvellement ou de la rémission*	Date du prochain suivi
6 décembre 2016	1er septembre 2019
Date du certificat initial	Date de fin de validité
*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat	

Annexe B.

Lettre pour solliciter la participation au projet de recherche

Lettre pour solliciter la participation au projet de recherche

Montréal,

Monsieur / Madame
Directrices des soins infirmiers (DSI)
Directrices adjointes DSI- opérations
Directrices adjointes DSI- pratiques professionnelles

Objet : Appel de participation au projet de recherche de doctorat intitulé « L'exercice du leadership stratégique de directions des soins infirmiers dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé au Québec »

Monsieur, Madame ;

L'actuelle réorganisation du réseau de santé québécois suite à l'implantation de la « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales » modifie l'organisation et la gouvernance des établissements de santé. Dorénavant, l'organisation et l'intégration des services d'un territoire donné sont confiées aux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), aux Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), aux établissements non fusionnés (p.ex. : les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et les Instituts universitaires) ainsi qu'aux établissements non visés par la Loi situés dans le Grand Nord du Québec. C'est dans ce nouveau contexte organisationnel que les directions des soins infirmiers¹ (DIRSI) sont appelées à identifier les besoins sous-jacents à une gouvernance renouvelée en soins infirmiers dans le cadre de l'applicabilité de cette nouvelle Loi.

Ce projet de recherche vise à décrire l'exercice du leadership stratégique de DIRSI dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé au Québec. L'étude de ce type de leadership se centre sur les personnes ayant des responsabilités globales dans une organisation, sur leurs caractéristiques, sur ce qu'elles font et sur comment elles le font et plus particulièrement sur la façon dont elles influencent les résultats organisationnels. Selon nos connaissances des écrits et en se basant sur notre expérience professionnelle sur

¹ Dans le cadre de cette recherche, nous proposons le sigle DIRSI pour désigner la direction des soins infirmiers tenant compte que le sigle DSI désigne le titre de la personne qui assume le mandat légal de directrice des soins infirmiers.

le terrain, c'est la première fois qu'une étude portant sur l'exercice du leadership stratégique de DIRSI sera réalisée au Québec.

La réalisation de ce projet, mené dans le cadre de ma recherche doctorale, est sous la supervision de :

- **Madame Sylvie Dubois**, inf. Ph. D.
 - Professeure associée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Directrice, Direction nationale des soins et services infirmiers. Direction générale des services de santé et médecine universitaire. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
Courriel : sylvie.dubois@umontreal.ca

- **Mme Jacinthe Pepin**, inf. Ph. D.
 - Professeure titulaire, Directrice du CIFI et de l'Équipe FUTUR, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
Courriel : jacinthe.pepin@umontreal.ca

Dans un premier temps, j'aimerais solliciter votre participation à cette recherche en raison de votre fonction exercée à titre de DSI ainsi que de votre mandat en matière de la gestion opérationnelle des services de santé physique et de la gestion transversale des pratiques professionnelles en soins infirmiers. Dans un deuxième temps, j'aimerais vous demander de me suggérer les noms d'autres participantes (p. ex. : les DSI-adjointes, des gestionnaires des opérations et des conseillères-cadres en soins infirmiers) que vous reconnaissez comme étant des acteurs clés de l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI.

Ce projet a été soumis et approuvé le 6 décembre 2016 par le comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'accepter mes salutations distinguées.

Marcela Ferrada-Videla inf. M.Sc., Ph. D. (c)
Doctorante, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Tél:
Courriel : marcela.ferrada@umontreal.ca

Annexe C.

Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet de recherche : L'exercice du leadership stratégique de directions des soins infirmiers dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec.

Étudiante-chercheure	Marcela Ferrada-Videla Doctorante Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal Téléphone/cellulaire : Courriel : marcela.ferrada@umontreal.ca
Directrice de recherche	Sylvie Dubois, inf. Ph. D. Professeure associée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Directrice nationale des soins et services infirmiers, ministère de la Santé et des Services sociaux Courriel : sylvie.dubois@umontreal.ca
Codirectrice de recherche	Jacinthe Pepin, inf. Ph. D. Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Courriel : jacinthe.pepin@umontreal.ca

Ce projet ne bénéficie pas de financement

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

But de l'étude

Ce projet doctoral vise à décrire l'exercice du leadership stratégique de la direction des soins infirmiers (DIRSI), dans une visée de qualité des soins, dans des établissements de santé

du Québec. Pour ce faire, nous comptons recueillir les points de vue de la direction des soins infirmiers.

Justification du projet

Cette étude pourrait contribuer à l'avancement des connaissances selon une perspective infirmière en regard de l'exercice stratégique des DIRSI au sein des organisations qui vivent de grandes transformations. À cet effet, il est à noter qu'une meilleure compréhension des facteurs favorisant et contraignant l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI semble être importante pour une gestion efficace tant au niveau des opérations qu'au niveau des pratiques professionnelles. Elle fournira des informations contextuelles et stratégiques de nature professionnelle et organisationnelle en regard de l'exercice du leadership stratégique. De plus elle permettra d'explorer le qui, le quoi et le comment s'exerce le leadership stratégique à partir des opinions des participantes.

Méthodologie retenue

Nous visons à rejoindre environ 30 participantes pour réaliser trois groupes de discussion entre huit et dix participantes chacun et de vingt (20) entrevues individuelles.

Nature de la participation

Votre participation à l'étude consistera à participer à un groupe de discussion regroupant un maximum de 10 participantes d'une durée d'environ 90 minutes. Le groupe de discussion sera réalisé en dehors de votre période de travail et à l'extérieur de votre milieu de travail. Vous devez consentir à ce que le groupe de discussion soit enregistré sur bande audionumérique.

Également, certaines personnes seront conviées à participer à une entrevue individuelle d'une durée pouvant varier entre 45 et 90 minutes dans un lieu choisi à votre convenance. L'entrevue sera réalisée en dehors de votre période de travail et à l'extérieur de votre milieu de travail. Elle pourra se faire également par Skype, Facetime ou par visioconférence selon vos préférences. Vous devez consentir à ce que l'entrevue soit enregistrée sur bande audionumérique. L'enregistrement peut être cessé à tout moment, mais des notes manuscrites seront prises.

Les entrevues seront réalisées par l'étudiante-chercheure. Une étudiante de niveau doctoral agira à titre d'observatrice lors des entrevues des groupes de discussion. Votre participation est entièrement volontaire. Une prise de note sera effectuée en cours d'entrevue.

Risques et inconvénients

Cette étude comporte peu de risques ou d'inconfort pouvant découler de votre participation. Il vous sera demandé de donner un peu de votre temps et de faire un exercice de réflexion afin d'enrichir les résultats. Les déplacements pour les entrevues de groupe constituent un inconvénient. De ce fait, les entrevues individuelles seront réalisées en personne ou via un support technologique sécurisé (p.ex. : Facetime, Skype, visioconférence) à l'endroit et à l'heure qui conviennent à la participante. Les entrevues de groupe pourront être réalisées à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Avantages et bénéfices

Vous ne retirez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus pourront contribuer à l'avancement des connaissances relatives à l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI dans le contexte québécois.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation est à tout à fait volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer aux deux collectes de données si vous êtes sollicitée pour l'entrevue. De plus, si vous avez accepté de participer à une entrevue de groupe, vous n'êtes pas tenue d'accepter une entrevue individuelle si on vous demande d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, de façon verbale, sans avoir à justifier et sans avoir à subir de représailles. De plus, votre participation, votre refus ou votre retrait de l'étude n'aura pas de conséquences sur votre emploi et votre supérieur ne sera pas informé de votre participation.

Également, vous pouvez demander à ce que les données déjà recueillies auprès de vous soient également retirées ou détruites, si cela est possible. Si les données sont anonymées, agrégées ou déjà publiées, elles ne pourront évidemment pas être retirées. L'étudiante-chercheuse vous communiquera tout nouveau développement susceptible de vous faire reconsidérer votre participation à cette recherche.

Confidentialité

Durant votre participation à cette étude, toutes les données recueillies seront complètement anonymées, codifiées et demeureront strictement confidentielles. Vous serez identifiée par un pseudonyme. Les données sociodémographiques recueillies permettant de vous relier au dossier de recherche seront conservées dans un fichier informatique protégé; elles n'apparaîtront sur aucun document imprimé ou sous aucune autre forme.

Dans le cas des groupes de discussion, la confidentialité des échanges dépendra de l'engagement réciproque des participantes à ne pas divulguer l'identité des autres participantes et la nature des échanges à des personnes n'ayant pas participé à la rencontre.

Les entrevues seront enregistrées sur bande audionumérique. Elles seront conservées pendant 7 ans dans un serveur sécurisé. La directrice et la co-directrice pourront y avoir accès à des fins strictement académiques dans le cadre de cette recherche. Ces bandes seront traitées de façon confidentielle et conservées sous clé. Certains passages des propos recueillis et dénominalisés seront utilisés à titre d'illustration dans la thèse de l'étudiante-chercheuse. Les données de recherche seront conservées sous clé pendant sept ans après la fin de l'étude et seront détruites par la suite.

Compensation

Vous ne recevrez pas d'argent pour votre participation à ce projet de recherche.

Communication des résultats

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, la diffusion des résultats généraux aux participantes se fera par résumé synthèse envoyé par courriel dénominalisés dans un langage compréhensible.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Mme Marcela Ferrada-Videla, doctorante, Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal. Cell : _____. Courriel : marcela.ferrada@umontreal.ca.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) par courriel à l'adresse ceres@umontreal.ca ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604 ou consulter le site <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca.

L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement de la participante

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Prénom et nom de la participante (Caractère d'imprimerie)	Signature de la participante
	Date :

Engagement du chercheur

- J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant.
- J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assurée de la compréhension du participant.
- Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.
- Je m'engage à respecter tout refus de participer exprimé par le participant

Prénom et nom du chercheur (Caractère d'imprimerie)	Signature du chercheur
	Date :

Annexe D.

Formulaire sociodémographique

Formulaire sociodémographique

Titre du projet de recherche : L'exercice du leadership stratégique de direction des soins infirmiers dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec.

Merci de remplir ce questionnaire et cocher les informations demandées.

Date de l'entrevue : __/__/__

Nom de la participante : _____

Genre : Féminin ___ Masculin ___

Tranche d'âge : 20-30 ans ___ 31-40 ans ___ 41-50 ans ___ 51 ans et plus ___

Poste occupé : DSI ___ DSI-Adjointe PP : ___ DSI-Adjointe/ Opérations : ___

Conseillère-cadre : ___ Chef d'unité/coordonnatrice/chef d'équipe : ___

Lieu d'exercice au moment de l'entrevue

CIUSSS urbain : ___ CISSS urbain : ___ CHU non-fusionné urbain : ___

CIUSSS en région : ___ CISSS en région : ___ CHU non-fusionné en région: ___

Formation en sciences infirmières (indiquer le plus haut niveau obtenu)

DEC Tech. Infirmières ___ Baccalauréat ___ Maîtrise ___ DESS ___ Doctorat ___

Formation autre que sciences infirmières : _____ (spécifiez)

Baccalauréat ___ Maîtrise ___ Doctorat ___

Expérience professionnelle

Nombre d'années d'exercice dans la profession : _____

Nombre d'années d'exercice dans le réseau de la santé : _____

Nombre d'années d'exercice dans l'établissement : _____

Nombre d'année d'exercice dans votre poste actuel : _____

Annexe E.

Guide d'entrevue - Groupes de discussion

Guide d'entrevue - Groupes de discussion

Projet de recherche

Titre du projet de recherche : L'exercice du leadership stratégique de la DIRSI dans une visée de qualité des soins dans des établissements de santé du Québec.

Introduction

Merci d'avoir accepté de participer à ce groupe de discussion portant sur « le leadership stratégique de la direction des soins infirmiers et la qualité des soins dans le cadre de l'implantation la réforme de la santé ».

Vous êtes invité(e) à lire et à signer le formulaire d'information et de consentement, si ce n'est déjà fait, et à compléter la feuille de données sociodémographiques pour des questions générales comme votre âge, votre degré de scolarité, etc. Ces données sont nécessaires pour décrire globalement les participantes.

Toutes les informations que vous nous fournirez durant le groupe de discussion demeureront confidentielles. Je vous rappelle que dans le cadre d'un groupe de discussion, la confidentialité des échanges dépendra de l'engagement réciproque des participantes à ne pas divulguer l'identité des autres participantes ni la nature des échanges à des personnes n'ayant pas participé à la rencontre.

SI vous acceptez, le groupe de discussion sera enregistré sur une bande audionumérique afin d'aider l'étudiante-chercheure à se rappeler des échanges, des points de vue partagés entre les participantes. L'enregistrement pourra être arrêté à tout moment; simplement me le dire. Je vous informe que des notes seront prises.

Le but de la recherche vise à décrire l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI, dans une visée de qualité des soins, dans des établissements de santé du Québec. Ce concept peut se définir comme étant :

« La capacité d'une personne d'anticiper, d'envisager, de penser stratégiquement et de travailler avec d'autres personnes pour initier des changements pouvant influencer la performance organisationnelle au sein des établissements de santé ».

Avez-vous des questions ou des préoccupations que vous aimeriez aborder avant que nous commencions?

Guide d'entrevue pour les groupes de discussion

Modèle de Boal et Hooijberg (2001)	Questions principales	Questions secondaires
Questions d'introduction	<ul style="list-style-type: none"> - Pour débiter, j'aimerais que vous présentiez brièvement votre organisation? - De façon générale, que pensez-vous du leadership exercé par la DIRSI en matière de qualité des soins dans votre organisation? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont la mission, les valeurs, la vision de votre organisation? - Quelles sont les attentes de votre organisation envers la DIRSI en matière de qualité des soins? Illustrez par des exemples.
Capacité d'intégration	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la vision des soins infirmiers proposée par la DIRSI dans votre organisation? - Comment décririez-vous votre environnement organisationnel depuis la Loi 10? Pouvez-vous élaborer? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment la DIRSI communique-t-elle la vision des soins infirmiers dans votre organisation? - Quels sont les enjeux avec les autres directions en regard de la qualité des soins? - Dans le cadre de votre fonction, quelles sont vos principales sources d'information dans votre organisation?
Capacité d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Comment la DIRSI participe-t-elle aux processus décisionnels en matière de qualité des soins? - Quelles sont les principales stratégies d'innovation mises de l'avant par la DIRSI? 	<ul style="list-style-type: none"> - Décrivez comment la DIRSI influence la distribution des ressources humaines? Financières? Matérielles? - Illustrer par des exemples les innovations implantées par la DIRSI. - Quels ont été les résultats ?
Capacité de gestion	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux changements professionnels initiés par la DIRSI en matière de qualité des soins? - Quels sont les leviers organisationnels de la DIRSI en matière de qualité des soins ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nommer les principaux obstacles organisationnels auxquels la DIRSI est confrontée en matière de qualité des soins. Pouvez-vous illustrer par des exemples. - Comment ces leviers aident-ils à améliorer la qualité des soins?

Annexe F.

Guide d'entrevue individuelle

Guide d'entrevue individuelle

Projet de recherche

Titre du projet de recherche : L'exercice du leadership stratégique de la DIRSI dans une visée de qualité des soins dans les établissements de santé du Québec.

Introduction

Merci d'avoir accepté de participer à cette entrevue portant sur "le leadership stratégique de la direction des soins infirmiers et la qualité des soins dans le cadre de l'implantation la réforme de la santé".

Vous êtes invité(e) à lire et à signer le formulaire d'information et de consentement, si ce n'est déjà fait, et à compléter la feuille de données sociodémographiques pour des questions générales comme votre âge, votre degré de scolarité, etc. Ces données sont nécessaires pour décrire globalement les participantes.

Toutes les informations que vous nous fournirez durant la réalisation de l'entrevue demeureront confidentielles. Elle sera enregistrée sur bande audionumérique avec votre consentement, afin d'aider l'étudiante-chercheuse à se rappeler des détails de l'entretien. Elle peut être arrêtée à tout moment; simplement me le dire et je l'arrêterai. Des prises de notes seront prises.

Le but de la recherche vise à décrire l'exercice du leadership stratégique de la DIRSI, dans une visée de qualité des soins, dans des établissements de santé du Québec. Ce concept peut se définir comme :

« La capacité d'une personne d'anticiper, d'envisager, de penser stratégiquement et de travailler avec d'autres personnes pour initier des changements pouvant influencer la performance organisationnelle au sein des établissements de santé ».

Avez-vous des questions ou des préoccupations que vous aimeriez aborder avant que nous commencions?

Guide d'entrevue individuelle

Modèle de Boal et Hooijberg (2001)	Questions d'introduction	Questions secondaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Pour débiter, j'aimerais que vous décriviez vos fonctions à la DIRSI? - De façon générale, que pensez-vous du leadership exercé par la DIRSI au sein de votre organisation ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nommer quelques exemples pour illustrer votre leadership?
Capacité d'intégration liée à l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> - Comment décririez-vous la vision des soins infirmiers proposée par la DIRSI au sein de votre organisation? - Dans le cadre de vos fonctions de _____, si vous aviez à nommer un défi de gestion auquel vous avez été confronté depuis la Loi 10, quel serait-il? Comment l'avez-vous résolu? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment est-elle mise en opération dans vos actions? Auprès des partenaires, des équipes? - Identifier les enjeux auxquels vous êtes confronté par rapport aux directions cliniques? Lesquels? Comment expliquez-vous cette situation?
Capacité d'adaptation liée au changement	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux rôles et responsabilités que vous avez exercés depuis l'implantation de la LMRSSS? - Comment définiriez-vous votre contribution aux processus décisionnels? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux leviers pour réaliser votre mandat? - Nommer des exemples de prise de décision? À quel palier de l'organisation, êtes-vous invitée à participer de façon générale?
Capacité de gérer l'environnement social et les interrelations	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux changements auxquels vous avez participé depuis l'implantation de la LMRSSS? - Quels sont vos principaux alliés? Expliquez. - Quels sont vos leviers dans le cadre de vos fonctions en matière de qualité des soins ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est votre opinion sur la gestion du changement? - Comment ces alliés vous aident-ils à améliorer la qualité des soins?

Annexe G.

Analyse des documents organisationnels de DIRSI

ANALYSE DES DOCUMENTS ORGANISATIONNELS

Mots-clés : direction des soins infirmiers

Moteur de recherche : page WEB de l'établissement

DIRSI	Vision	Organigramme	Offre de services	Plan stratégique
1	Oui	Oui	Non	Non
2	Non	Non	Non	Oui
3	Non	Non	Non	Non
4	Non	Oui	Non	Non
5	Oui	-	-	-
6	Non	Non	Non	-
7	-	-	Non	-
8	-	Non	-	-
9	Non	Non	Non	Non
10	Non	Non	Non	Non
11	Non	Non	Non	Non
12	Non	Oui	Non	Non
13	Non	Oui	Non	Non
14	Non	Non	Non	Non
15	Non	Non	Non	Non
16	Non	Oui	Non	Non
17	Non	Non	Oui	Non
18	Non	Non	Non	Non

Légende : Oui = Document présent sur le site et accessible au grand public
 Non = Document non présent sur le site
 (-) = Document non trouvé, si présent, non accessible au grand public

Annexe H.

Schéma d'influence de la DIRSI dans les processus décisionnels

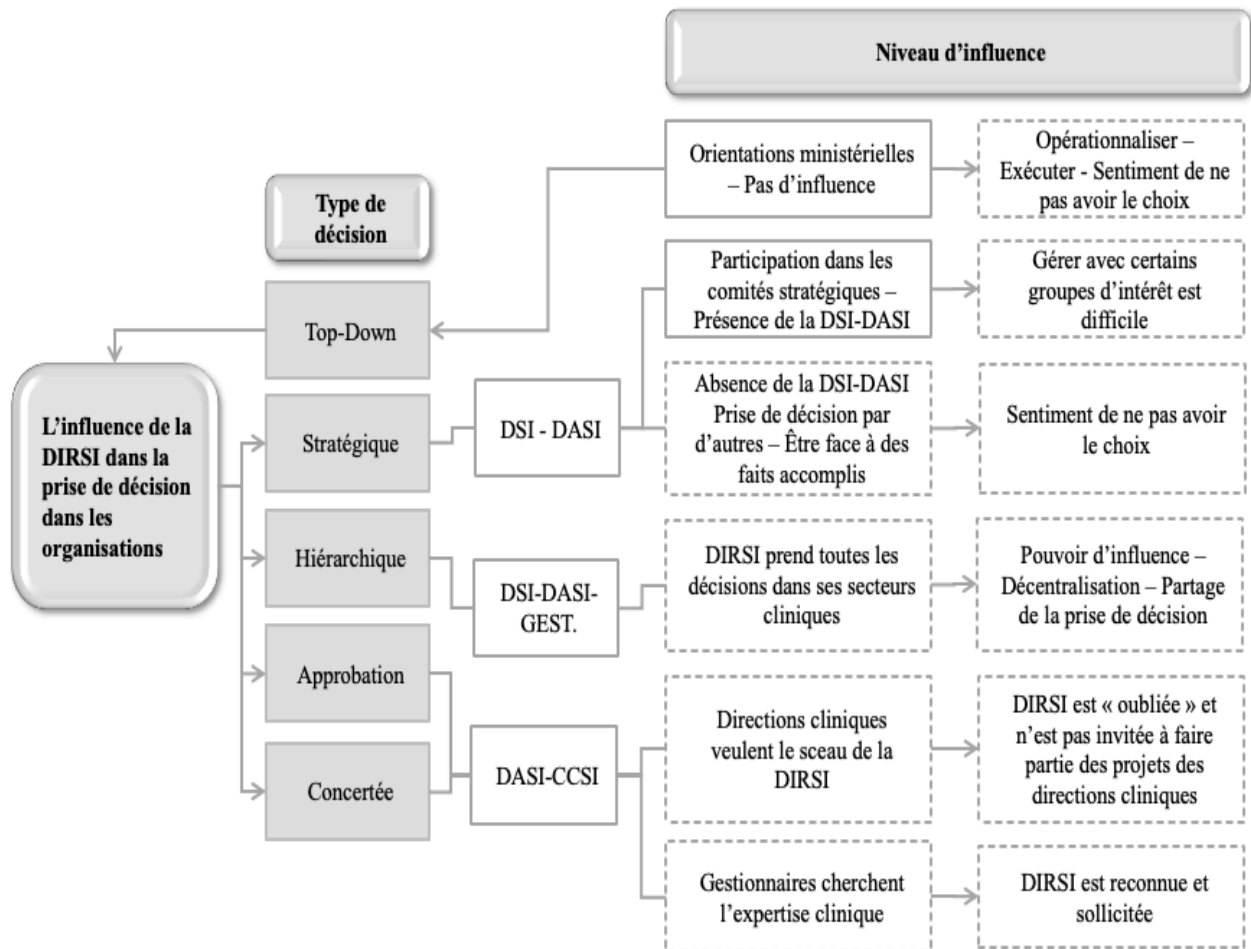


Schéma d'influence de la DIRSI dans les processus décisionnels

Annexe I.

Diagramme de participation dans les processus décisionnels

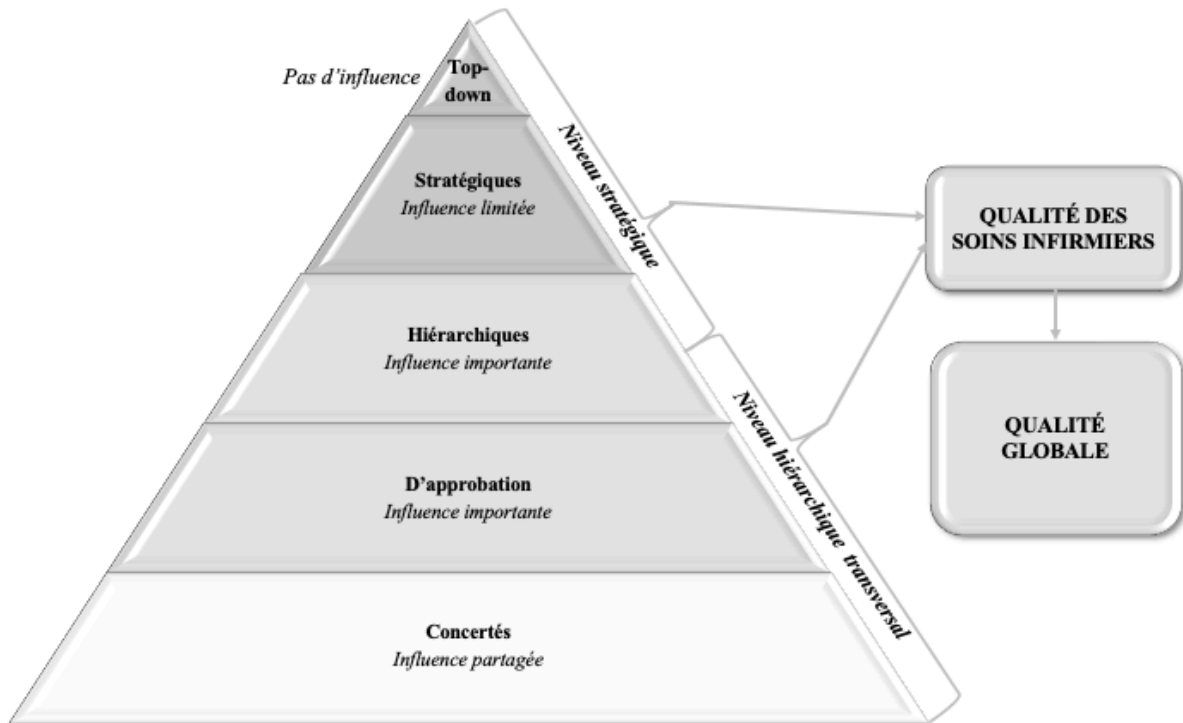


Diagramme de participation dans les processus décisionnels

Annexe J.

Organigramme d'un CISSS

Annexe K.

Organigramme d'un CIUSSS

