

Université de Montréal

Infirmière-chef : acteur clé pour assurer la qualité et la sécurité des soins

Par

Malgorzata Karna

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du  
grade de Maître ès sciences (M.Sc.) option administration des services infirmiers

Août 2012

© Malgorzata Karna, 2012

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce rapport de stage intitulé :  
Infirmière-chef : acteur clé pour assurer la qualité et la sécurité des soins

Présenté par :  
Malgorzata Karna

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Isabelle Brault inf. Ph.D., directrice de stage

Odette Roy inf. Ph.D., codirectrice de stage

Isabelle Faucher, membre du jury

Août 2012

## Sommaire

Les infirmières-chefs assurent le lien entre la direction et les employés, ont une influence sur la satisfaction des infirmières et veillent à l'atteinte des objectifs de l'établissement (American Nursing Association, 2009; Aroian et al., 1997; Oroviogicoechea, 1996). Elles jouent un rôle clé pour assurer une qualité et une sécurité des soins sur l'unité (Lee & Cummings, 2008). Dans cette perspective, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a entrepris de définir des orientations stratégiques visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions de pratique et de soutien pour les infirmières-chefs afin de valoriser leur rôle au sein de l'organisation. Ce rapport rédigé sous forme d'un article présente une expérience de stage effectuée à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont portant sur l'intégration de la gestion de la sécurité et de la qualité des soins dans le rôle des infirmières-chefs. Des entrevues ont été réalisées avec des infirmières-chefs ayant de zéro à cinq ans d'expérience dans leur poste et avec ceux ayant plusieurs années d'expérience à titre d'infirmière-chef afin de recueillir quels pourraient être leurs besoins et le soutien souhaité afin de favoriser une bonne intégration de la notion de sécurité dans leur rôle d'infirmière-chef. Également, des membres de la direction ont été rencontrés. L'analyse des résultats a été guidée par le modèle renouvelé de la gouvernance clinique de Brault, Roy et Denis (2008). Les résultats des rencontres ont permis d'identifier deux compétences qu'ils jugent essentielles pour l'infirmière-chef et d'indiquer des avenues possibles afin de mieux les soutenir dans le développement de celles-ci.

Mots-clés : infirmière-chef, qualité et sécurité des soins, gouvernance clinique.

## Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
But et objectifs.....	3
Milieu et déroulement du stage.....	4
Article.....	5
Résumé.....	7
Introduction.....	8
Problématique.....	9
Recension des écrits.....	12
Cadre de référence.....	17
Méthode.....	18
Résultats.....	20
Discussion.....	24
Conclusion.....	28
Références.....	29
Discussion générale.....	33
Atteinte des objectifs.....	34

Retombées du stage.....	36
Conclusion.....	39
Références.....	41
Appendice A. Document pour le comité d’approbation.....	43
Appendice B. Ordonnancement des activités de stage.....	50
Appendice C. Questionnaires pour les entrevues.....	52
Appendice D. Profil de compétences d’un chef d’unité à l’Hôpital Maisonneuve- Rosemont.....	56
Appendice E. Présentation par affiche au Colloque des boursiers du Centre FERASI...62	
Appendice F. Présentation de la proposition de formation à la Direction des ressources humaines .....	64
Appendice G. Présentation orale au Colloque Alice Girard de l’Université de Montréal .....	85
Appendice H. Présentation orale au Comité de pilotage de la Pépinière de gestion.....	95
Appendice I. Document sur la valorisation du rôle de chef d’unité.....	109
Appendice J. Présentation orale au Centre d’excellence en soins infirmiers.....	126

## Liste des tableaux

### Tableau

1	But, objectifs et activités de stage.....	19
2	Facteurs de satisfaction et d'insatisfaction et facteurs qui entravent et facilitent le rôle de l'infirmière-chef.....	21
3	Façons de mobiliser l'équipe de soins.....	23
4	Ordonnancement des activités de stage.....	51
5	Profil de compétences d'un chef d'unité à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont...	57

## Liste des figures

### Figure

- 1 Modèle renouvelé de la gouvernance clinique de Brault, Roy et Denis (2008)..17
- 2 Les deux niveaux de la gouvernance clinique.....24
- 3 Présentation par affiche au Colloque des boursiers du Centre FERASI.....63

## **Remerciements**

Les plus sincères et chaleureux remerciements à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce stage. Ce fut une expérience très enrichissante et je manque des mots pour exprimer ma reconnaissance et ma gratitude.

Tout d'abord, je désire remercier ma directrice de maîtrise, Madame Isabelle Brault inf. Ph.D, pour son précieux soutien, ses conseils et sa disponibilité tout au long de ce cheminement. Avec humanisme et humour, vous aviez toujours su me guider et me motiver pour persévérer.

J'aimerais aussi exprimer mes sentiments de gratitude à ma codirectrice de maîtrise, Madame Odette Roy inf. Ph.D. pour son encadrement, ses encouragements et ses réflexions. Je vous remercie d'avoir partagé vos expériences et votre expertise à travers nos discussions.

Je tiens aussi à remercier Madame Isabelle Faucher, chef de développement organisationnel et formation à la Direction des ressources humaines, pour son accueil, son dynamisme et sa créativité. Merci de m'avoir impliqué au sein de l'équipe et m'avoir dédié tout ce temps précieux tout au long du stage.

Merci infiniment aux chefs d'unité qui ont accepté de me rencontrer. Je lève mon chapeau à tous ces infirmières et infirmiers qui exercent ce rôle complexe et exigeant.

Je désire aussi remercier le Centre de formation et expertise en recherche d'administration des services infirmiers (FERASI) pour le soutien financier obtenu.

Finalement, j'aimerais remercier ma famille et mes amies pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de la maîtrise.



## **Introduction**

Le système de santé québécois est actuellement dans un contexte de vieillissement de la population et de la pénurie de la main-d'œuvre infirmière (Institut National de Santé publique du Québec, 2010; Ministère de la Santé et Services sociaux, 2006). Dans cette optique, répondre aux besoins de la population en offrant des soins sécuritaires et de qualité constitue une priorité pour chaque établissement de santé. Les organisations de santé devraient reconnaître l'importance du rôle de l'infirmière-chef. Elle semble être dans une position stratégique pour assurer une qualité et une sécurité de soins pour les patients, car elle a une influence sur plusieurs éléments cliniques et administratifs de la gestion d'une unité de soins (Lee & Cummings, 2008). Ce rapport présente une expérience de stage visant la poursuite des efforts déployés par l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour favoriser une intégration accrue de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins dans le rôle de l'infirmière-chef<sup>1</sup> ayant de zéro à cinq ans d'expérience dans leur poste à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Ce rapport de stage est divisé en quatre parties. En premier lieu, le but, les objectifs et le milieu de stage sont décrits. La deuxième section présente l'article qui sera prochainement soumis à la revue *l'Infirmière Clinicienne*. La troisième partie expose une discussion générale sur l'atteinte des objectifs et les retombées du stage. Finalement, la dernière partie résume le stage et les recommandations émises. Les appendices à la fin du rapport détaillent les activités et les présentations réalisées dans le cadre de ce stage de maîtrise.

---

<sup>1</sup> À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont le titre de chef d'unité est utilisé pour désigner les infirmières-chefs. L'utilisation du genre féminin a été adoptée afin d'alléger le texte.

### **But et objectifs de stage**

Le but du stage est de favoriser l'intégration de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins dans le rôle des infirmières-chefs ayant de zéro à cinq ans d'expérience dans leur poste.

Trois objectifs ont été poursuivis afin d'atteindre ce but :

- 1) Proposer des modifications au profil de compétences du chef d'unité de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour intégrer les éléments de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins.
- 2) Comprendre les besoins et le soutien souhaité des infirmières-chefs en lien avec la qualité et la sécurité des soins.
- 3) Proposer des améliorations aux séances de formation pour un groupe d'infirmières-chefs peu expérimentées en gestion en y intégrant des notions plus avancées de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins.

Un ordonnancement des activités de stage se trouve à l'appendice B. Le but, certains objectifs et activités de stage ont été modifiés par rapport au document du comité d'approbation qui est présenté à l'appendice A.

Dans le cadre de ce stage, quatre objectifs d'apprentissage ont été identifiés soit :

- 1) Approfondir les connaissances sur le rôle et les compétences de l'infirmière-chef, ainsi que sur la gouvernance clinique.
- 2) Effectuer une réflexion sur mon futur rôle comme infirmière gestionnaire.
- 3) Améliorer la communication en public.
- 4) Rédiger et soumettre un article scientifique.

### **Milieu et déroulement du stage**

Le stage s'est déroulé à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, un établissement de santé affilié à l'Université de Montréal. Cette organisation dispose de 627 lits et comprend 4865 employés, dont 179 cadres (Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 2010). Trois rencontres préalables au stage ont eu lieu afin de cibler les besoins du milieu et d'adapter le stage au contexte de l'organisation. Le comité d'approbation a eu lieu le 26 janvier 2012. Le stage s'est déroulé du 31 janvier au 4 mai 2012, par contre trois activités résiduelles ont été effectuées durant le mois de mai et de juin. Un bureau à la Direction des ressources humaines dans le secteur du développement organisationnel et de la formation a été mis à la disposition de la stagiaire et elle était présente dans le milieu tout au long du stage. L'étudiante avait un soutien soutenu de deux personnes ressources du milieu : Mme Odette Roy à la Direction des soins infirmiers et Mme Isabelle Faucher à la Direction des Ressources humaines.

## **Article**

Infirmière-chef : acteur clé pour assurer la qualité et la sécurité des soins

Malgorzata Karna inf. B. Sc., étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Adresse :

Faculté des sciences infirmières  
Pavillon Marguerite-d'Youville  
2375 chemin de la Côte-Ste-Catherine  
Montréal, Québec H3T 1A8

Isabelle Brault inf. Ph. D. Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières et chercheure au Centre de formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI), Université de Montréal.

Odette Roy inf., M.Sc., MAP, Ph. D. Adjointe à la Direction des soins infirmiers volet enseignement et recherche, Chercheure et responsable du Centre d'excellence en soins infirmiers, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Professeure associée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Isabelle Faucher, B.A. Relations industrielles et Psychologie, D.E.S.S en Développement des organisations, Chef de développement organisationnel et de la formation, Direction des ressources humaines, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Aide financière et remerciement

Centre Formation et expertise en recherche et administration des services infirmiers (FERASI)

## Résumé

Les infirmières-chefs occupent une position stratégique pour assurer une qualité et une sécurité des soins aux patients. Dans cette optique, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a défini des orientations stratégiques visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions de pratique et de soutien pour les infirmières-chefs en début d'exercice<sup>2</sup>. Cette mesure s'inscrit parfaitement dans l'évolution du rôle de l'infirmière-chef en lien avec la qualité et la sécurité des soins au sein de l'organisation. Cet article présente les faits saillants d'un stage effectué dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières, option administration des services infirmiers dont le but était d'examiner l'intégration de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins comme partie intégrante du rôle de l'infirmière-chef. Pour y arriver, des infirmières-chefs ayant de zéro à cinq ans d'expérience en gestion des soins infirmiers et ceux ayant plusieurs années d'expériences ont été rencontrés pour recueillir leurs besoins et le soutien souhaité afin de favoriser une bonne intégration de la notion de la qualité et de la sécurité dans leur rôle d'infirmière-chef. Des membres de la direction ont aussi été sollicités dans cette démarche. Les résultats de ces entretiens sont congruents avec les écrits scientifiques à savoir que la communication et le leadership constituent deux compétences jugées essentielles pour les infirmières-chefs. Par contre, ces dernières ont exprimé qu'une surcharge de travail et un manque de soutien de la part de l'organisation peuvent nuire à l'intégration optimale de la gestion

---

<sup>1</sup>À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont le titre de chef d'unité est utilisé pour désigner les infirmières-chefs. L'utilisation du genre féminin a été adoptée afin d'alléger le texte.

de la qualité et de la sécurité des soins dans le rôle de gestionnaire. Des ajouts en lien avec la qualité et la sécurité des soins ont été proposés à une formation prévue pour les infirmières-chefs. Enfin, une analyse avec le modèle renouvelé de la gouvernance clinique est effectuée et des recommandations pour les organisations de santé sont présentées afin de mieux soutenir les infirmières-chefs.

Mots clés : infirmière-chef, qualité et sécurité des soins, gouvernance clinique.

### **Introduction**

M. Tremblay (nom fictif) âgé de 77 ans est admis à l'urgence pour une pneumonie. Ayant des antécédents de maladie pulmonaire obstructive chronique, d'hypertension et de diabète de type II, il est transféré à l'unité de médecine pour une antibiothérapie intraveineuse. Durant son séjour à l'hôpital, il développe une plaie de pression, est infecté par le *Clostridium difficile* et est victime de deux erreurs de médicaments. Malgré le fait que cette histoire soit fictive, plusieurs des événements vécus par monsieur Tremblay constituent des indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins. En effet, il faut rappeler que les normes de qualité faisant partie intégrante de la prestation sécuritaire des soins et services sont l'identification du patient, la prévention des infections, les problématiques de communication, les erreurs dans l'administration des médicaments, les erreurs liées avec les équipements, les chutes, les plaies de pression et le manque de compétences cliniques (Raso et Gulinello, 2010). Les



infirmières-chefs initient des projets et mobilisent leur équipe de soins dans l'amélioration de la performance de l'unité, ce qui constitue un rôle important pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Cet article porte sur le rôle de l'infirmière-chef<sup>1</sup> en lien avec la gestion de la qualité et de la sécurité des soins en se basant sur une expérience de stage effectuée dans le cadre d'une maîtrise en administration des services infirmiers. La première section énonce la problématique des accidents évitables. La deuxième partie expose quelques écrits en lien avec le rôle et les compétences de l'infirmière-chef, ainsi que son rôle en lien avec la gestion de la sécurité et de la qualité des soins. Finalement, les résultats de stage sont présentés en se basant sur le modèle renouvelé de la gouvernance clinique veille à l'intégration des dimensions administrative et de clinique des soins infirmiers. L'analyse est examinée selon deux niveaux : organisationnel et des équipes des soins.

### **Problématique**

Entre 44 000 et 98000 personnes meurent chaque année dans les hôpitaux américains à cause d'erreurs médicales qui auraient pu être prévenues (Institute of Medecine, 1999). Au Canada, sur 2,5 millions des admissions hospitalières, 70 000 patients seraient victimes d'un accident évitable (Baker, Norton, Flintoft, Blais, Brown, Cox, et al., 2004). Ces accidents engendrent des coûts énormes, ainsi que des conséquences importantes sur les patients et les professionnels de la santé (Institute of Medecine,

---

<sup>2</sup>À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont le titre de chef d'unité est utilisé pour désigner les infirmières-chefs. L'utilisation du genre féminin a été adoptée afin d'alléger le texte.

1999). Il est connu qu'environ 15% des accidents relèvent d'une responsabilité individuelle, tandis que près de 85% sont systémiques, c'est à dire reliés à une mauvaise organisation des soins, des processus déficients ou au manque de ressources (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001; Vincent, Adams et Stanhope, 1998). C'est dans ce contexte qu'en 2002, le Québec a adopté la Loi 113 sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux visant une « grande transparence au sein du réseau de la santé ainsi que la diminution du taux d'accidents médicaux évitables en milieu de santé québécois » (Talbot, 2005, p.2). En 2011, le Gouvernement du Québec (2011) entreprend la publication des rapports semestriels sur les incidents et les accidents survenus lors de la prestation des soins et de services de santé. Ce rapport semestriel encourage les établissements de santé à devenir plus transparents au sein du réseau, afin de trouver des solutions pour améliorer le système de la santé (Gouvernement du Québec, 2011). Dans cette optique, la qualité et la prestation sécuritaire de soins pour les patients font partie des préoccupations de chaque établissement de santé québécois. La première personne qui reçoit les rapports d'accidents et incidents est l'infirmière-chef (Gouvernement du Québec, 2011). D'après Lee et Cummings (2008), les infirmières-chefs ont une position stratégique pour assurer une qualité et une sécurité de soins pour les patients, car elles ont une vision globale et une influence sur plusieurs éléments de la gestion de l'unité. L'infirmière-chef est définie comme une infirmière occupant un poste administratif de premier niveau qui gère le personnel qui dispense des soins directs (Jeans & Rowat, 2004). En effet, son rôle est important puisque l'infirmière-chef assure le lien entre la direction et les

employés, ainsi que l'autonomie et la satisfaction des infirmières, en plus d'influencer la création d'un environnement sécuritaire sur l'unité dans l'atteinte des objectifs et des buts de l'organisation (ANA, 2009; Aroian, et al., 1997; Oroviogicoechea, 1996). Étant donné que les accidents sont évitables dans environ 50% des cas et qu'ils sont d'ordre systémique, l'infirmière-chef apparaît être un acteur clé sur son unité pour diminuer les accidents (MSSS, 2001).

L'amélioration des conditions de pratique et de soutien pour les cadres et le développement de la qualité et de la sécurité des patients constituent des priorités pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 2011). Une orientation stratégique a été développée pour offrir un programme aux futurs infirmières-chefs et du soutien aux infirmières-chefs en début d'exercice en gestion. En ayant une préoccupation d'assurer une qualité et une prestation sécuritaire des soins à ses patients, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) a mis l'emphase sur le développement de la culture de la qualité et de la sécurité en l'intégrant au rôle de l'infirmière-chef au sein de l'organisation. Pour éclairer le rôle et les compétences inhérents à la fonction d'infirmière-chef, l'HMR a renouvelé un profil de compétences. Ce profil de compétences regroupe onze compétences nécessaires pour une infirmière-chef en précisant des indicateurs comportementaux. Ce stage s'inscrit dans ce contexte et avait pour but d'examiner les facteurs clés visant à favoriser la pleine intégration de la gestion de la qualité et de la sécurité dans le rôle des infirmières-chefs ayant de 0 à 5 ans d'expérience dans leur poste. Diverses activités qui sont détaillées ultérieurement ont été réalisées pour atteindre cet objectif.

## **Recension des écrits**

Un survol des écrits a permis de cibler trois thèmes qui seront traités tour à tour. Tout d'abord, le rôle et les compétences de l'infirmière-chef sont abordés. Les concepts de qualité et de sécurité des soins sont aussi examinés. Finalement, le rôle de l'infirmière-chef en lien avec la qualité et la sécurité des soins est exploré.

### **Le rôle et les compétences de l'infirmière-chef**

L'étendue de pratique de l'infirmière-chef est large, ce qui contribue à la complexification de son rôle (McCallin & Frankson, 2010). D'après Oroviogoicoechea (1996), l'infirmière-chef se définit à l'intérieur de six fonctions soit de diriger la pratique clinique infirmière et les soins aux patients, de gérer les ressources financières et humaines, d'offrir de la formation au personnel, de s'assurer de la conformité aux normes réglementaires et professionnelles, de donner l'orientation par le biais de la planification stratégique et de favoriser une collaboration interdisciplinaire. À ces fonctions, s'additionnent d'autres attentes soit « gérer les opérations quotidiennes, diriger le personnel, favoriser les changements, former des équipes de travail productives, maintenir des services de qualité et procurer une satisfaction des patients » (O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy, Laschinger, White, & Milburn, 2004, p. 11). Actuellement, les organisations de santé exigent des infirmières-chefs d'être non seulement des gestionnaires efficaces et performantes sur le plan financier, mais aussi

d'agir à titre de leader auprès de leurs employés (Bolton, 2003; McCallin & Frankson, 2010).

À cet égard, occuper des fonctions d'infirmière-chef requiert plusieurs habiletés, connaissances et compétences tant au niveau interpersonnelle, analytique, conceptuelle, technique et clinique (Jeans & Rowat, 2004). Selon l'American Organization of Nurse Executives (AONE) (2011), l'infirmière gestionnaire de tous les niveaux requiert les cinq compétences suivantes : la communication et le partenariat, la connaissance de l'environnement du système des soins, le leadership, le professionnalisme et les compétences en gestion. Il apparaît que le leadership et les compétences relationnelles sont déterminants pour l'infirmière gestionnaire, tandis que les compétences techniques et conceptuelles sont celles ayant moins d'importance (Oroviogicochea, 1996). Le leadership est «un processus relationnel dans le cadre duquel un individu cherche à influencer les autres vers un but mutuellement souhaitable» (Registered Nurses' Association of Ontario, 2007, p.137). Il est reconnu que le leadership des infirmières gestionnaires contribue aux résultats positifs pour l'organisation, les patients et les professionnels de la santé (Cummings, Lee, MacGregor, Davey, Wong, Paul, & Stafford, 2008). Ces écrits révèlent que l'infirmière-chef a plusieurs responsabilités et requiert deux compétences essentielles : le leadership et les compétences interpersonnelles afin d'assurer une qualité et une sécurité des soins.

### **La qualité et la sécurité des soins**

La qualité est un concept multidimensionnel et les définitions sont nombreuses (Hurlimann, 2001). Selon Donabedian (1980), les soins de haute qualité sont ceux « visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfiques / risques à chaque étape du processus de soins » (cité dans Hurlimann, 2001, p.24). L'IOM affirme que c'est la « capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » (cité dans Hurlimann, 2001, p.24). Les soins sont de qualité lorsqu'ils sont sécuritaires, efficaces, efficaces, centrés sur le patient, équitables et donnés dans un temps opportun (Hemman, 2011). Les indicateurs permettent de mesurer la qualité des soins et peuvent être reliés : à la structure, aux processus et aux résultats (Robb, Mackie, & Elcock, 2007).

La sécurité est un concept essentiel de la gestion de la qualité et nécessite un effort systémique (Organisation mondiale de la santé, 2002). La sécurité des patients est défini comme un « travail pour éviter, gérer et traiter les actes dangereux dans le système de la santé » (Baker, Jeffs, Law, & Norton, 2007, p.3). Les différents aspects de l'amélioration de la sécurité comprennent la performance, l'environnement, la gestion des risques réels et potentiels pour identifier des solutions à long terme (Thompson, Navarra, & Antonson, 2005). Dans la pratique, la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité sont souvent étroitement liées (Baker, Jeffs, Law, & Norton, 2007). Selon Baker, Jeffs, Law et Norton (2007), les objectifs de qualité et de sécurité se chevauchent, car la réduction des accidents dans la prestation des soins contribue à l'amélioration de

la qualité de soins et les résultats des stratégies axées sur l'amélioration de la qualité font découvrir les problématiques en lien avec la sécurité. Les concepts de qualité et de sécurité des soins sont multidimensionnels et étroitement liés. La prochaine section expose le rôle de l'infirmière-chef en lien avec ces deux concepts.

### **Le rôle de l'infirmière-chef en lien avec la qualité et la sécurité des soins**

Les infirmières-chefs sont responsables de la conformité aux règles professionnelles et aux politiques organisationnelles, ainsi que de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins (McCallin & Frankson, 2010). Elles doivent s'assurer de choisir les bons indicateurs de qualité et coordonner les coûts avec la rentabilité des soins prodigués (American Nurses Association, 2009, Joint Commission Resources, 2005). Elles promeuvent au sein de leur unité des soins efficaces, sécuritaires, compatissants et basés sur les meilleures pratiques (ANA, 2009). De plus, les infirmières-chefs ont la responsabilité d'allouer les ressources nécessaires pour une sécurité des soins et de s'assurer que les employés sont compétents et ont eu la formation nécessaire (Joint Commission Resources, 2005; Thompson, Navarra, & Antonson, 2005).

La gestion des risques est un rôle connu de l'infirmière-chef où il s'agit d'identifier et de réduire les risques pour la sécurité des patients (Raso & Gulinello, 2010). Actuellement, plusieurs auteurs énoncent que l'infirmière-chef a un rôle dans le développement d'une culture de sécurité sur l'unité (ANA, 2009; Feng, Acord, Cheng, Zeng, & Song, 2011; Joint Commission Resources, 2005; Thompson, Navarra, & Antonson, 2005). Les gestionnaires devraient être engagés à promouvoir cette culture à

tous les niveaux de l'organisation et encourager l'idée que c'est la responsabilité de tous (Joint Commission Resources, 2005). La communication ouverte entre la direction, les employés et les patients est importante pour la prestation sécuritaire des soins (Joint Commission Resources, 2005; Thompson, Navarra, & Antonson, 2005). La promotion d'une culture où les erreurs sont perçues comme des failles dans le système et non comme un blâme sur les individus est essentielle (ANA, 2009).

Les infirmières-chefs ont aussi un rôle d'initier les projets de qualité et de sécurité de soins (Djoumbe, 2008). Les infirmières-chefs peuvent effectuer de simples changements sur leur unité qui ne nécessitent pas d'énormes ressources pour améliorer la qualité et la sécurité des soins (Poniatowski, Stanley, & Youngberg, 2005). Les changements réalisés avec succès au niveau de l'unité peuvent ensuite être mis en place dans toute l'organisation (Poniatowski, Stanley, & Youngberg, 2005). Les infirmières-chefs ont aussi un rôle de mobiliser, d'encourager, de soutenir et de motiver leur équipe (Djoumbe, 2008). Les derniers résultats de recherche montre qu'un style de leadership des infirmières-chefs qui informe, encourage et soutien les employés influence la performance des infirmières soignantes et est associé avec un milieu de travail positif ainsi que des soins de qualité (Brady Germain & Cummings, 2010). En fait, pour qu'un projet d'amélioration continue de la qualité réussisse, il faut l'implication et l'engagement de l'infirmière-chef (Djoumbe, 2008). En résumé, l'infirmière-chef a plusieurs responsabilités en lien avec la qualité et la sécurité des soins. Elle est un acteur clé pour initier les projets, mobiliser l'équipe et développer une culture de sécurité sur l'unité des soins.



## Cadre de référence

Cette partie vise à brièvement décrire le cadre théorique utilisé pour ce stage. Le modèle renouvelé de la gouvernance clinique de Brault, Roy et Denis (2008) est présenté dans la figure 1. La gouvernance clinique est « une pratique qui, par diverses initiatives, tente d'influencer l'action collective » (Brault, Roy, & Denis, 2008, p.170). Cette pratique vise à mettre en action des stratégies pour améliorer la qualité des soins par les professionnels de la santé qui détiennent une autorité, une responsabilité et une imputabilité face à ces initiatives de qualité (Brault, Roy, & Denis, 2008). La gouvernance clinique est la zone entre le système administratif et le système clinique où plusieurs stratégies peuvent être mises en place pour améliorer la qualité des soins (Brault, Roy, & Denis, 2008). Ce cadre de référence a été utilisé pour guider l'analyse des activités de stage et a été choisi pour sa pertinence d'associer le système administratif avec le clinique pour optimiser la qualité des soins.

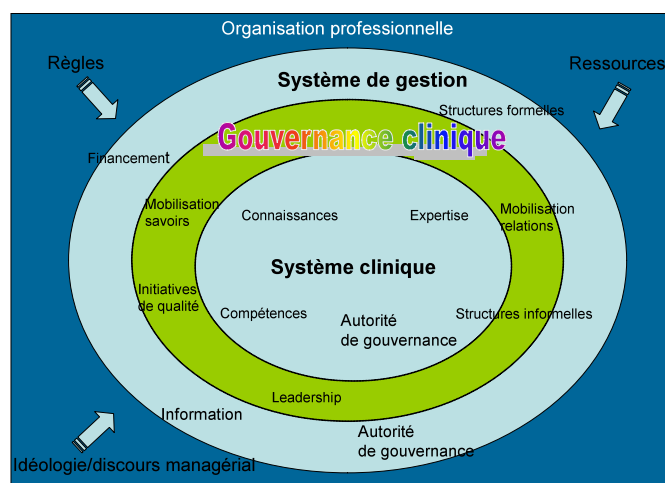


Figure 1 : Modèle renouvelé de la gouvernance clinique de Brault, Roy et Denis (2008)

## Méthode

La section qui suit décrit les objectifs, ainsi que les activités effectuées pour la réalisation de ce stage et est détaillée dans le tableau 1. Des rencontres préalables au stage ont été effectuées pour cibler les besoins de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Les discussions avec le milieu ont mené à ressortir l'importance du développement des compétences chez les infirmières-chefs qui commencent leurs fonctions afin d'assurer une qualité et une sécurité des soins. Le but du stage est de poursuivre les travaux amorcés favorisant l'intégration de la gestion de la qualité et de la sécurité dans le rôle des infirmières-chefs ayant de 0 à 5 ans d'expérience dans leur poste. Diverses activités ont été réalisées pour atteindre les objectifs, dont des entretiens individuels auprès de cinq infirmières-chefs novices et cinq expertes. Ces rencontres, d'une durée variant entre 45 à 90 minutes, visaient à connaître leurs besoins et le soutien souhaité de la part de l'organisation. De plus, des rencontres de 30 minutes ont été réalisées avec trois membres de direction pour comprendre leurs visions et connaître leurs suggestions en matière de soutien aux infirmières-chefs. Ces entrevues informelles n'étaient pas enregistrées, mais ont fait l'objet d'une prise de notes. La stagiaire a aussi assisté à plusieurs rencontres et à des comités afin de comprendre la culture organisationnelle et d'explorer le contexte de pratique des infirmières-chefs.

Tableau 1

## But, objectifs et activités de stage

But du stage	Objectifs de stage	Activités réalisées
Favoriser l'intégration de la gestion de la qualité et de la sécurité dans le rôle des infirmières-chefs ayant de 0 à 5 ans d'expérience dans leur poste.	1) Proposer des ajouts et suggestions au profil de compétence du chef d'unité de l'HMR en y intégrant davantage les éléments de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins.	Recension des écrits sur le rôle et les compétences de l'infirmière-chef.
		Analyser le profil de compétence existant.
		Effectuer les modifications.
		Valider les modifications auprès de deux infirmières-chefs expertes.
		Proposer les modifications au comité de direction.
	2) Comprendre les besoins de soutien des infirmières-chefs en lien avec la qualité et la sécurité des soins.	Créer un questionnaire.
		Rencontres d'environ une heure avec cinq infirmières-chefs expertes et cinq novices.
		Rencontres d'environ 30 minutes avec trois membres de la direction.
	Proposer du contenu supplémentaire aux séances de formation prévues à l'automne, en lien avec la gestion de la qualité et de la sécurité des soins pour les infirmières-chefs qui débutent leurs fonctions.	Présenter les résultats des rencontres.
		Séance de travail pour la proposition de la formation.

## **Résultats**

Cette section présente les principaux résultats des rencontres et de l'analyse du contexte du centre hospitalier. La première partie résume les résultats des entretiens avec les infirmières-chefs, tandis que la deuxième expose les réponses des rencontres avec certains membres de la direction. Ces résultats sont présentés de façon séparée afin de comprendre les besoins des infirmières-chefs.

### **Partie I : Rencontres avec les infirmières-chefs**

Le tableau 2 résume les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction, ainsi que les facteurs qui entravent et ceux qui facilitent le rôle de l'infirmière-chef à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Ces éléments permettent de comprendre le contexte de pratique au sein de cette organisation de santé. En résumé, les infirmières-chefs se sentent satisfaites lorsqu'elles sont assurées que leur équipe contient le nombre requis de personnel infirmier visant une prestation de soins sécuritaires et de qualité. À l'inverse, un manque de personnel constitue une source importante d'insatisfaction qui les conduit à gérer de multiples problématiques des employés. Quant aux facteurs qui facilitent leur rôle sont surtout le soutien des autres secteurs de l'organisation, des autres infirmières-chefs et du chef de programme. D'autre part, plusieurs éléments entravent l'accomplissement de leur rôle soit la surcharge de travail, le contexte de pénurie et de roulement du personnel, ainsi que le manque de soutien formel de la part de

l'organisation surtout au début de leurs fonctions. Le manque de soutien clinique pour effectuer les audits cliniques et le coaching de l'équipe a aussi été évoqué.

Tableau 2

Facteurs de satisfaction et d'insatisfaction et facteurs qui entravent et facilitent le rôle de l'infirmière-chef

Facteurs	Éléments mentionnés par les infirmières-chefs (n=10)
De satisfaction	Lorsque l'équipe est complète (n=7)
	Lorsqu'on est capable de donner des soins sécuritaires et de qualité (n=5)
	Lorsque les employés sont satisfaits et il y a un bon climat de travail (n=4)
	Lorsqu'on répond aux besoins des patients (n=2)
	Lorsqu'on arrive à faire ce qui est planifié et possède un contrôle sur les activités (n=2)
D'insatisfaction	Équipe incomplète, pénurie du personnel (n=3)
	Rencontres et gestion du personnel de défi (n=2)
	Trop d'interactions (n=2)
	Rendement du personnel (pas à niveau, ne répond pas aux besoins) (n=2)
Facilitant	Soutien des autres secteurs (DRH, DSI, etc.) (n=5)
	Soutien des autres infirmières-chefs (n=3)
	Soutien du chef de programme (n=3)
Entravant	Surcharge de travail (demandes, comités, projets) (n=4)
	Pénurie et roulement du personnel (n=4)
	Manque de soutien clinique et organisationnel (n=3)
	Informatique (n=2)

Les rencontres visaient aussi à identifier les trois compétences essentielles du profil de compétences de l'infirmière-chef exerçant à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qui débute ses fonctions. La communication (n=7), le leadership (n=6), l'orientation vers l'utilisateur (n=5), la gestion des priorités (n=4) et la conscience et la maîtrise de soi (n=3) étaient les compétences mentionnées. Les infirmières-chefs ont mentionné diverses façons pour développer ces compétences comme la formation, les stages, le coaching et l'accompagnement, le mentorat, les exercices d'introspection, le co-développement, la rétroaction, les objectifs avec une évaluation annuelle et d'accepter des postes par intérim.

Tous les participants ont mentionné qu'ils ont déjà initié des projets pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et la majorité de ces projets étaient des projets d'ordre ministériel ou organisationnel. Le tableau 3 présente les différentes façons que les infirmières-chefs mobilisent leurs équipes. La communication de l'infirmière-chef envers l'équipe de soins est très variée. Les tournées sur les unités de soins ou sur les cliniques externes varient entre chaque jour jusqu'à deux fois par semaine. De plus, certaines infirmières-chefs effectuent des rencontres d'équipe chaque deux à trois semaines, tandis que d'autres le font deux fois par année. La porte ouverte de leur bureau a été mentionnée par 50% des participants, ce qui est un élément très intéressant, car c'est une excellente façon pour faciliter l'accessibilité de l'infirmière-chef.

Tableau 3

## Façons de mobiliser l'équipe de soins

Féliciter, valoriser, faire du renforcement positif à l'équipe
Stimuler, impliquer dans les formations, les audits cliniques et les projets
Faire preuve d'ouverture, de souplesse et de transparence
Créer le sentiment d'appartenance, la cohésion de l'équipe
Écouter les employés (préoccupations et solutions)
Rencontres d'équipes
Formations aux employés
Présence clinique et coaching de l'équipe

**Partie II : Rencontres avec des membres de la direction**

La vision des trois membres de la direction en lien avec le rôle de l'infirmière-chef dans la gestion de la qualité et de la sécurité des soins était d'être un leader mobilisateur, donc être près des équipes pour aller chercher l'information nécessaire, ainsi qu'accompagner et coacher l'équipe pour une amélioration durable et continue. Les membres de la direction décrivent l'infirmière-chef comme une personne ayant des compétences et des connaissances autant en soins infirmiers qu'en gestion, qui s'associe avec diverses personnes pour un développement durable. Ces trois membres de la direction ont aussi mentionné les éléments que l'organisation devrait effectuer pour soutenir les infirmières-chefs. Les mesures mentionnées étaient : d'optimiser leur rôle, d'offrir du soutien clérical, du coaching et du co-développement, d'éclaircir leur rôle, ainsi que d'effectuer du parrainage avec une conseillère en soins infirmiers.

## Discussion

L'analyse des résultats avec le modèle de Brault, Roy et Denis (2008) a été effectuée selon deux niveaux de la gouvernance clinique : organisationnel et des équipes des soins. Les infirmières-chefs doivent combiner leur compétence de gestion avec la pratique infirmière clinique, ce qui représente la gouvernance clinique (Aroian et al., 1997). La figure 2 illustre ces deux paliers et présente certains concepts clés qui seront abordés dans la discussion.

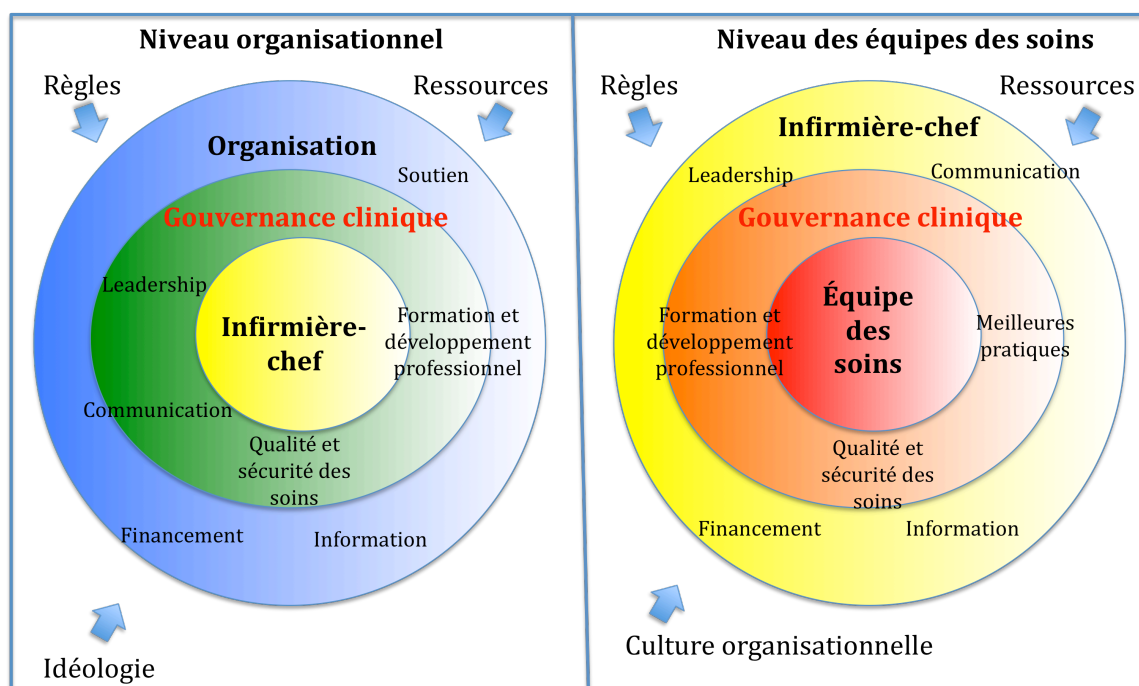


Figure 2 : Les deux niveaux de la gouvernance clinique



## **Communication et leadership**

Les articles scientifiques et les résultats des rencontres démontrent que les deux compétences essentielles pour les infirmières-chefs sont le leadership et la communication. Par contre, Drach-Zahavy et Dagan (2002) indiquent que les infirmières-chefs passent seulement 10% de leur temps pour les activités de leadership comme la planification stratégique, le coaching, le mentorat, ainsi qu'aux comportements proactifs. Un leadership qui motive les employés peut être enseigné et les organisations de santé devraient mettre en place la possibilité de suivre une formation, d'avoir un mentor et d'être coaché pour devenir des leaders efficaces et performants (Brady Germain & Cummings, 2010). De plus, les tournées sur les unités et les rencontres d'équipe étaient d'une fréquence très variée selon les rencontres effectuées. La visibilité et l'accessibilité de l'infirmière-chef sont importantes, car cela démontre un soutien pour les infirmières soignantes (Brady Germain & Cummings, 2010). Les rencontres d'équipe sont un moment privilégié pour l'infirmière-chef d'exprimer sa vision, ses attentes et ses objectifs en lien avec l'unité et l'organisation. Les rencontres permettent aussi d'écouter les préoccupations et les solutions des employés. Ce moyen de communication semble être sous-utilisé chez certaines infirmières-chefs. Le leadership et la communication sont importants pour la qualité des soins et les organisations de santé devraient mettre en place des mesures pour développer ces deux compétences (Cooke, 2002).

### **Soutien formel de l'organisation**

Les infirmières-chefs représentent et dirigent le plus grand nombre d'employés au sein de l'organisation de santé (Mathena, 2002). Les infirmières-chefs semblent être surchargées et vivent intensément la pénurie de la main-d'œuvre infirmière. Les demandes sont multiples de la part des employés, des patients, des familles, des collègues et de la direction et peuvent mener à une surcharge de travail. Les attentes sont élevées pour l'infirmière-chef qui doit faire multiples tâches pour plusieurs personnes en très peu de temps (McCallin & Frankson, 2010). Selon Brady Germain, et Cummings (2010), une surcharge de travail affecte l'efficacité de leur travail. Dans cette optique, la charge de travail des infirmières-chefs doit être revue au sein de l'organisation pour optimiser leur rôle. De plus, certains auteurs mentionnent l'ambiguïté du rôle de l'infirmière-chef (Stanley, 2006; McCallin & Frankson, 2010). Le renouvellement du profil de compétences a été une excellente stratégie entreprise par l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour préciser le rôle attendu et donner une vision. Le profil peut aussi être utilisé comme base dans les évaluations annuelles effectuées par les supérieurs immédiats.

Les infirmières-chefs reçoivent peu de soutien formel de l'organisation, ce qui les amène à utiliser l'essai et l'erreur, engendrant du stress (McCallin & Frankson, 2010). Les infirmières-chefs ont besoin d'un soutien organisationnel adéquat, car elles sont peu préparées à assumer leur rôle surtout en lien avec le leadership et la qualité (Duffield, Roche, Blay, & Stasa, 2010; Stanley, 2006). Il est essentiel d'investir dans le développement professionnel de cette ressource importante afin de les préparer aux rôles

qui évoluent rapidement dans ce système de santé en profonde transformation (Mathena, 2002).

Un membre de la haute direction a proposé un parrainage avec une conseillère des soins infirmiers sur chaque unité qui peut être une avenue très intéressante pour remédier au manque de soutien clinique indiqué par les infirmières-chefs. Cette dyade pourrait faire état d'un projet pilote.

### **Formation proposée pour les infirmières-chefs qui débutent**

Un des objectifs de stage était de proposer une séance de formation en lien avec la qualité et la sécurité des soins. Les formations constituent un type de soutien organisationnel. Une séance de formation de trois heures avec cinq à dix participants a été proposée pour le milieu. Il s'agit d'analyser et de discuter une mise en situation en lien avec la qualité et la sécurité des soins. La situation proposée s'inspire de l'article de Sammer et James (2011) et décrit trois conditions qui auraient pu être évitées soit l'hypoglycémie, l'infection de la voie centrale et une pneumonie acquise à l'hôpital. Par le modèle de la gouvernance clinique, les infirmières-chefs peuvent analyser cette situation et proposer des stratégies et des interventions pour améliorer la qualité des soins.

## **Conclusion**

L'infirmière-chef joue un rôle clé dans la qualité et la sécurité des soins. Par contre, à la lumière des lectures faites et du stage effectué, on constate que les infirmières-chefs bénéficient de peu de soutien, sont confrontées à la pénurie de la main-d'œuvre infirmière et sont peu préparées à assumer leur rôle surtout en lien avec le leadership et la qualité (Stanley, 2006). Les établissements de santé devraient offrir un soutien formel aux infirmières-chefs sous forme de diverses formations et d'une période d'orientation pour miser sur le développement des deux compétences essentielles : la communication et le leadership. La charge de travail et la possibilité de délégation devront être explorées dans les établissements de santé pour optimiser leur rôle. De cette manière, l'infirmière-chef pourra consacrer son temps à exercer son leadership en instaurant une culture de sécurité et en améliorant la qualité des soins. Les infirmières-chefs sont les pierres angulaires de l'organisation de santé et sont la clé du succès (Mathena, 2002).

## Références

- American Nurses Association (2009). *Nursing Administration: Scope and Standards of Practice*. Maryland : American Nurses Association.
- American Organization of Nurse Executives (2011). *AONE nurse executive competencies*. Chicago : American Organization of Nurse Executives.
- Aroian, J. F., Horvath, K. J., Secatore, J. A., Alpert, H., Costa, M. J., Powers, E., & Stengrevics, S. S. (1997). Vision for a Treasured Resource: Part 1, Nurse Manager Role Implementation. *Journal of Nursing Administration*, 27(3), 36-41.
- Baker, R. G., Jeffs, L., Law, M., & Norton, P. G. (2007). Improving the Safety and Quality of Health Care in Canada. In *Safe and effective: the eight essential elements of an optimal medication-use system* / Ed. Neil J. MacKinnon. Ottawa: Canadian Pharmacists Association, 1-18.
- Baker, R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study : The Incidence of adverse 29ramew among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (11), 1678-1686.
- Bolton, S. C. (2003). Multiple roles? Nurses as managers in the NHS. *International Journal of Public Sector Management*, 16(2), 122-130.
- Brady Germain, P., & Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance : a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 18, 425-439.
- Brault, I., Roy, D. A., & Denis, J. L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisations de Soins*, 39(3), 167-173.
- Cooke, A. (2002). Increasing Nurse First-Line Leader (Manager) Positions to Improve Nurse Retention and Quality of Patient Care, *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(1), 27- 30.
- Cummings, G., Lee, H., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L., & Stafford, E. (2008). Factors contributing to nursing leadership : a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(4), 240-248.

- Djoumbe, E (2008). Le rôle de l'infirmier-chef de l'unité de soins dans l'amélioration continue de la qualité. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Drach-Zahavy, A., & Dagan, E. (2002). From caring to managing and beyond : an examination of the head nurse's role. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 19-28.
- Duffield, C. M., Roche, M. A., Blay, N., & Stasa, H. (2010). Nursing unit managers, staff retention and the work environment. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 23-33.
- Feng, X.Q., Acord, L., Cheng, Y. J., Zeng, J. H., Song, J. P. (2011). The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review*, 58, 249-254.
- Gouvernement du Québec (2011). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Hemman, E. A. (2011). Meeting Effective Care Measures. Hospital nurses play a central role in evaluating data to ensure patient safety and improve quality. *American Journal of Nursing*, 111(12), 54-60.
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) (2011). *Ensemble pour soigner, transmettre nos connaissances et en créer de nouvelles. Plan stratégique 2011-2014*. Montréal : Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- Hurlimann, C. (2001). Approche conceptuelle de la qualité des soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 35, 23-28.
- Institute of Medicine (1999). The Err Is Human : Building a safer health system. Document récupéré le 4 avril 2012 de <http://iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>.
- Jeans, M. E., & Rowat, K. M. (2004). *Compétences attendues des infirmières gestionnaires*. Ottawa : Canadian Nursing Association.
- Joint Commission Resources. (2005). *Issues and Strategies for Nurse Leaders : Meeting Hospital Challenges Today*. Canada : Joint Commission Resources.
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers : a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16, 768-783.

- Mathena, K. A. (2002). Nursing Manager Leadership Skills. *Journal of Nursing Administration*, 32(3), 136-142.
- McCallin, A. M., & Frankson, C. (2010). The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 18, 319-325.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2001). *Rapport du Comité ministériel : La gestion des risques, une priorité pour le réseau*. Québec : MSSS.
- O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., Laschinger, H., White, S., & Milburn, B. (2004). *Sondage auprès des employeurs : Infirmières gestionnaires principales des organismes de soins de santé*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Qualité des soins : sécurité des patients*. Organisation mondiale de la santé.
- Oroviogioicoechea, C. (1996). Clinical nurse manager, a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1273-1280.
- Poniatowski, L., Stanley, S., & Youngberg, B. (2005). Using Information to Empower Nurse Managers to Become Champions for Patient Safety. *Nursing Administration Quarterly*, 29(1), 72-77.
- Raso, R., & Gulinello, C. (2010). Creating cultures of safety : Risk management challenges and strategies. *Nursing Management*, 41(12), 26-33.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2007). *Développement et maintien du leadership infirmier : programme de lignes directrices pour la pratique exemplaire de soins infirmiers*. Ontario : RNAO.
- Robb, E., Mackie, S., & Elcock, K. (2007). Monitoring quality. *Nursing Management*, 14(5), 22-26.
- Sammer, C. E., & James, B. (2011). Patient Safety Culture: The Nursing Unit Leader's Role. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(3).
- Stanley, D. (2006). Role conflict : leaders and managers. *Nursing Management*, 13(5), 31-37.
- Talbot, M. (2005). L'erreur est trop humaine : L'obligation de révéler les accidents et incidents médicaux en droit québécois. Document récupéré le 4 avril 2012 du <http://www.afam-maiw.com/misc/media/pdf/chronique/2005/cap0305.pdf>.

- Thompson, P. A., Navarra, M. B., & Antonson, N. (2005). Patient Safety: The Four Domains of Nursing Leadership. *Nursing Economics*, 23(6), 331-333.
- Vincent, C. A., Adams, S., & Stanhope, N. A. (1998). A framework for analysis of risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, 316, 1154-1157.



## **Discussion générale**

Ce stage a permis de réaliser plusieurs apprentissages et a suscité maintes réflexions. Cette section présente l'atteinte des objectifs et une discussion des différentes retombées du stage pour la stagiaire, l'organisation et l'administration des services infirmiers.

### **Atteinte des objectifs**

Les objectifs du stage ont été tous atteints à travers les diverses activités réalisées. Tout d'abord, des modifications au profil de compétences du chef d'unité à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ont été proposées. Le profil avec les ajouts et les reformulations est présenté à l'appendice D. Malgré que le document n'ait pas été encore institutionnalisé au sein de l'établissement, il a été diffusé à travers le Québec comme un document pilote du projet de la Pépinière de gestion. Ensuite, au total treize entrevues individuelles ont été effectuées dans le cadre de ce stage. L'ouverture des infirmières-chefs et des membres de la direction a été un élément facilitateur. En tout, douze infirmières-chefs ont été contactées pour former l'échantillon prévu contenant dix participants. Les trois membres de la direction ont accepté la rencontre du premier contact. Finalement, une formation pour les infirmières-chefs ayant de zéro à cinq ans d'expérience a été proposée durant une séance de travail avec la Direction des ressources humaines. Cette présentation se trouve à l'appendice F. Bien que seulement quelques éléments de la proposition aient été acceptés, la stagiaire a mis l'emphase sur la gestion de la qualité et de la sécurité des soins dans le rôle de l'infirmière-chef. Également, en

étant présente dans le milieu et en assistant à plusieurs rencontres et comités, la stagiaire a pu analyser la culture organisationnelle et le contexte de cet établissement de santé.

Les objectifs d'apprentissage ont aussi été atteints. Le premier objectif était d'explorer les écrits scientifiques en lien avec le rôle et les compétences de l'infirmière-chef, ainsi que la gouvernance clinique. Plusieurs articles et livres ont été consultés afin d'approfondir ces concepts.

Par le biais des entrevues et des observations effectuées dans le milieu de stage, la stagiaire a eu l'occasion de réfléchir sur son futur rôle comme infirmière gestionnaire et à amorcer une introspection sur ses forces et ses aspects à améliorer. Ce stage a aussi permis de créer des liens avec diverses personnes pour des possibilités de future collaboration.

Améliorer la communication en public était un autre des objectifs d'apprentissage. Une présentation au Colloque Alice Girard de l'Université de Montréal a été réalisée et se trouve à l'appendice G. Lors de cet événement, un certificat d'excellence a aussi été obtenu. De plus, des présentations au Comité de pilotage de la Pépinière de gestion et au Comité de développement des pratiques professionnelles infirmières du Centre d'excellence ont été réalisées. Les diapositives de chacune des présentations se trouvent à l'appendice H et J respectivement.

Finalement, le dernier objectif d'apprentissage était de rédiger et de soumettre un article. La revue *l'Infirmière Clinicienne* a été ciblée. L'article n'a pas été encore soumis, par contre l'envoi de la proposition est prévu pour le mois de juillet.

## **Retombées du stage**

### **Retombées pour la stagiaire**

C'était une expérience enrichissante pour la stagiaire qui a eu la chance de rencontrer plusieurs gestionnaires et professionnels de la santé durant son stage. Les modifications au profil de compétences du chef d'unité étaient un élément très valorisant pour la stagiaire, car cela a permis de laisser une trace de son travail au sein de l'organisation. De plus, l'étudiante a développé ses compétences de mener des entrevues individuelles, ainsi que d'améliorer ses habiletés de communication, d'écoute et de synthèse. Les apprentissages effectués lors de ce stage l'aideront sans doute dans son futur rôle comme infirmière gestionnaire.

### **Retombées pour le milieu de stage**

Ensuite, il s'agissait d'une première expérience pour cette organisation à encadrer conjointement par la Direction des ressources humaines et la Direction des soins infirmiers le stage d'une étudiante à la maîtrise. La stagiaire formait le lien entre ces deux directions et l'Université de Montréal, ce qui permis de créer des nouvelles interactions sur un projet commun. Cela a été une valeur ajoutée, car chacune des parties prenantes amenait une vision différente en lien avec le rôle de l'infirmière-chef. De plus, cette collaboration a mené à un rapprochement de ces deux directions et à une ouverture du milieu à accepter d'autres étudiantes à la maîtrise en administration des services infirmiers.

À travers ce stage, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a initié une réflexion sur le rôle et le soutien souhaité des infirmières-chefs en lien avec la qualité et la sécurité des soins. Les résultats des rencontres avec les infirmières-chefs ont permis de tracer un état de la situation et de guider la deuxième phase du projet « Pépinière de gestion ». De plus, plusieurs présentations ont été effectuées dans un souci de transfert des connaissances. Ces présentations ont suscité un intérêt et une réflexion de la part des personnes clés de l'organisation. Le Colloque Alice Girard a été un succès dans le transfert des résultats de stage à l'externe de l'organisation, car plusieurs gestionnaires de différents établissements de santé ont reconnu l'importance du sujet et ont demandé des informations supplémentaires sur le projet. Ce stage a favorisé la reconnaissance et la valorisation du rôle de l'infirmière-chef.

### **Retombées pour l'administration des services infirmiers**

Finalement, malgré que le contexte et la culture organisationnelle puissent différer, certains résultats du stage peuvent être profitables pour d'autres établissements. Les articles et les résultats des entrevues avec les infirmières-chefs indiquent que le leadership et la communication sont les deux compétences essentielles pour une infirmière-chef qui amorce sa carrière en gestion. Cette information peut être utile aux organisations de santé qui peuvent miser sur le développement de ces compétences. Ensuite, le profil de compétences peut être un outil très intéressant pour d'autres établissements qui peuvent l'adapter à leur contexte. Le profil de compétences peut être utilisé pour la formation et l'évaluation annuelle des infirmières-chefs. Un exercice de

synthèse et de hiérarchisation de compétences serait intéressant pour diminuer le volume du document. De plus, le manque de soutien de la part de l'organisation a été un élément évoqué par les participants. Les établissements de santé peuvent mettre en place des interventions pour augmenter le soutien pour les infirmières-chefs. La recherche est essentielle pour déterminer les meilleures pratiques en lien avec l'administration des soins infirmiers et leurs impacts sur la qualité et la sécurité des soins aux patients.

## **Conclusion**

En conclusion, l'infirmière-chef est un acteur clé pour assurer la qualité et la sécurité des soins (Lee & Cummings, 2008). Ce stage de maîtrise visait l'intégration de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins dans le rôle des infirmières-chefs ayant de zéro à cinq ans d'expérience dans leur poste. Afin d'atteindre cette finalité, des modifications au profil de compétence du chef d'unité de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ont été effectuées et une formation en lien avec la gestion de la qualité et de la sécurité des soins basée sur le modèle de la gouvernance clinique a été proposée. De plus, cinq infirmières-chefs au début d'exercice en administration des soins infirmiers et cinq avec plusieurs années d'expérience à titre d'infirmière-chef ont été rencontrées afin de cibler leurs besoins et le soutien souhaité. Des membres de la direction de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ont aussi été questionnés sur leurs visions et leurs opinions sur le soutien aux infirmières-chefs. Les entrevues illustrent que les infirmières-chefs semblent être surchargées et avoir peu de soutien formel de la part de l'organisation. Il est essentiel d'investir dans leur développement professionnel afin de les soutenir à assumer leur rôle surtout en lien avec le leadership et la qualité des soins (Duffield, Roche, Blay, & Stasa, 2010; Stanley, 2006). Les résultats des entrevues révèlent que les deux compétences essentielles pour les infirmières-chefs qui commencent sont la communication et le leadership. Les organisations de santé devraient miser sur le développement de ces deux compétences.



## Références

- American Nurses Association (2009). *Nursing Administration : Scope and Standards of Practice*. Maryland : American Nurses Association.
- Aroian, J. F., Horvath, K. J., Secatore, J. A., Alpert, H., Costa, M. J., Powers, E., & Stengrevics, S. S. (1997). Vision for a Treasured Resource : Part 1, Nurse Manager Role Implementation. *Journal of Nursing Administration*, 27(3), 36-41.
- Brault, I., Roy, D. A., & Denis, J. L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisations de Soins*, 39(3), 167-173.
- Duffield, C. M., Roche, M. A., Blay, N., & Stasa, H. (2010). Nursing unit managers, staff retention and the work environment. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 23-33.
- Hôpital Maisonneuve – Rosemont. (2010). *Un milieu plus hospitalier. Rapport annuel 2009-2010*. Montréal : HMR.
- Institut national de santé publique du Québec (2011). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. INSPQ : Gouvernement du Québec.
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers : a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16, 768-783.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2006). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Oroviogicochea, C. (1996). Clinical nurse manager, a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1273-1280.
- Stanley, D. (2006). Role conflict : leaders and managers. *Nursing Management*, 13(5), 31-37.


## **Appendice A**

Document pour le comité d'approbation

Faculté des sciences infirmières

**PROGRAMME DE MAÎTRISE ES SCIENCES (SCIENCES INFIRMIÈRES)  
APPROBATION DU PROJET DE STAGE**

Remplir en caractère d'imprimerie s.v.p.

**Nom de l'étudiant(e) :** MALGORZATA KARNA  
**Code Permanent :**  \_\_\_\_\_  
**Nom de la directrice :** Mme ISABELLE BRAULT  
**Codirectrice :** Mme ODETTE ROY

**Titre du projet :** L'intégration du leadership clinique dans le rôle de l'infirmière - chef  
ayant de 0 à 3 ans d'expérience en gestion.

**Problématique**

Dans les années 1990, suite à une restructuration des hôpitaux canadiens, les postes de cadres infirmiers ont diminué d'environ 30%, entraînant une coupure de 6849 emplois (Laschinger & Wong, 2007). Au Canada, le pourcentage d'infirmières gestionnaires est passé de 8,5 % en 1998 à 7,2 % en 2002 (O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy, Laschinger, White, & Milburn, 2004). Ces coupures ont eu des effets négatifs sur le rôle de l'infirmière gestionnaire, ainsi que sur les infirmières soignantes qui n'avaient plus de chef et de mentor (Jeans & Rowat, 2004). En fait, les infirmières gestionnaires ont vu une augmentation de responsabilités, du champ de contrôle et de la charge de travail les amenant à faire appel à un plus grand nombre de compétences (Jeans & Rowat, 2004; Laschinger, & Wong, 2007). Le rôle de l'infirmière gestionnaire est primordial au sein de l'organisation, car il fait le lien entre la haute direction et les employés (Jeans & Rowat, 2004; Lee & Cummings, 2008). De plus, les infirmières cadres permettent d'assurer une qualité de soins infirmiers pour les patients, ainsi que d'atteindre les objectifs et les buts de l'organisation (Lee & Cummings, 2008; Oroviogicochea, 1996). Les infirmières – chefs jouent un rôle important au niveau de

la qualité des soins, de l'autonomie et de la satisfaction des infirmières ainsi que de la culture de l'unité (Aroian, Horvath, Secatore, Alpert, Costa, Powers, & Stengrevics, 1997). Ces infirmières cadres doivent combiner leur compétence de gestion avec la pratique infirmière (Aroian, et al., 1997). Les infirmières qui deviennent des gestionnaires ne retournent pas à une carrière d'infirmière et abandonnent leurs tâches d'infirmières, ce qui se distingue beaucoup de la profession médicale où les médecins gardent des heures cliniques (Persson & Thylefors, 1999). Cela peut entraîner une perte au niveau des compétences en soins infirmiers (Persson & Thylefors, 1999). Les conditions de travail des infirmières gestionnaires sont stressantes et difficiles, ainsi ces dernières ne sont pas assez soutenues dans leur rôle (Jeans & Rowat, 2004). En effet, les infirmières - chefs ressentent de la solitude et ont besoin du temps et du soutien pour s'adapter à leur nouveau rôle de gestionnaire (Persson, & Thylefors, 1999; Spence Laschinger, Purdy, Cho, & Almost, 2006).

À l'Hôpital Maisonneuve - Rosemont, depuis la fin des années 1990, une réorganisation de la structure a été entreprise et une gestion par programme - clientèles a été adoptée (Luc & Rondeau, 2002). Ce changement majeur a entraîné une grande ambiguïté et une incertitude au niveau des rôles. Cette nouvelle structure organisationnelle a été un défi pour les cadres, qui malgré une augmentation dans la prise de décision, devaient utiliser des pratiques de gestion plus mobilisatrices et participatives. Le manque de soutien pour les cadres a été une problématique importante (Luc & Rondeau, 2002). À l'Hôpital Maisonneuve - Rosemont, la moitié des cadres ont moins de cinq ans de service, ce qui indique un besoin de soutien plus important (HMR, 2011). Selon le plan stratégique 2011-2014, l'amélioration des conditions de pratique et de soutien pour les cadres constitue une des priorités pour l'organisation (HMR, 2011). Un projet intitulé « Pépinière de gestion » a été débuté en janvier 2011 à l'Hôpital Maisonneuve - Rosemont. Il s'agit d'un programme d'apprentissage dans l'action qui devra permettre l'acquisition des habiletés et des

compétences de gestion. Ce projet comprend deux volets : pour les futurs gestionnaires et pour les cadres infirmiers en fonction. L'apprentissage s'effectue par les biais des ateliers des formations (aussi appelés laboratoires), ainsi que des journées de stage avec un mentor d'expérience.

### Références

- Aroian, J. F., Horvath, K. J., Secatore, J. A., Alpert, H., Costa, M. J., Powers, E., & Stengrevics, S. S. (1997). Vision for a Treasured Resource : Part 1, Nurse Manager Role Implementation. *Journal of Nursing Administration*, 27(3), 36-41.
- Jeans, M. E., & Rowat, K. M. (2004). *Compétences attendues des infirmières gestionnaires*. Ottawa : CNA.
- Hôpital Maisonneuve – Rosemont. (2011). *Ensemble pour soigner, transmettre nos connaissances et en créer de nouvelles. Plan stratégique 2011-2014*. Montréal : HMR.
- Laschinger, H., & Wong, C. (2007). A Profile of the Structure and Impact of Nursing Management in Canadian Hospitals. Document récupéré le 24 octobre 2011 du [http://publish.uwo.ca/~hkl/national\\_leadership\\_study/finalreport.pdf](http://publish.uwo.ca/~hkl/national_leadership_study/finalreport.pdf).
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers : a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16, 768-783.
- Luc, D., & Rondeau, A. (2002). La restructuration par programmes - clientèles à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont : une étude diachronique de cette transformation. *Gestion*, 27, 33-41.
- O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., Laschinger, H., White, S., & Milburn, B. (2004). *Sondage auprès des employeurs : Infirmières gestionnaires principales des organismes de soins de santé*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Oroviogioicoechea, C. (1996). Clinical nurse manager, a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1273-1280.
- Persson, O., & Thylefors, I. (1999) Career with no returns: roles, demands, and challenges as perceived by Swedish ward managers. *Nursing Administration Quarterly*, 23(3), 63-80.

Spence Laschinger, H. K., Purdy, N., Cho, J., & Almost, J. (2006) Antecedents and consequences of nurse managers' perceptions of organizational support. *Nursing Economics*, 24(1), 20-29.

### STRATÉGIE (S) D'INTERVENTIONS

Le but du stage est d'intégrer le leadership clinique infirmier dans le développement du programme d'apprentissage dans l'action pour les infirmières - chefs nouvellement en fonction.

Objectifs	Activités à réaliser
1) Sélectionner les ateliers de formation du programme d'apprentissage dans l'action qui sont en lien avec le développement du leadership clinique infirmier.	1.1 Analyser les documents et les activités du premier volet du projet de Pépinière. 1.2. Analyser les onze formations en laboratoire du premier volet de la « Pépinière de gestion ». 1.3 Assister à la formation pour le coaching des gestionnaires (2 jours).
2) Analyser le contexte organisationnel des infirmières –chefs.	2.1 Analyser le profil de compétences des cadres infirmiers. 2.2 Observer une journée « typique » de deux infirmières – chefs. .3 Observer les occasions d'interactions entre les infirmières – chefs.
3) Identifier les barrières, les facilitateurs et les besoins de formation en lien avec l'intégration du leadership clinique chez l'infirmière - chef.	3.1 Effectuer des entrevues informelles avec les infirmières – chefs ayant de 0 à 3 ans d'expérience en gestion pour connaître leurs expériences, leurs besoins et leurs difficultés en lien avec l'intégration du leadership clinique. 3.2 Effectuer des entrevues informelles avec les infirmières – chefs expertes afin de connaître leurs les barrières, les facilitateurs et les recommandations en lien avec le leadership clinique.

	3.3 Effectuer des entrevues avec le directeur des ressources humaines, la directrice des soins infirmiers et le chef de programme sur les barrières et les facilitateurs de l'intégration du leadership clinique dans le rôle de l'infirmière –chef.
4) Proposer des modifications et valider les modifications des ateliers de formation afin de favoriser le développement du leadership clinique.	4.1 Suggérer des modifications aux contenus des ateliers de formation.
	4.2 Valider les modifications des laboratoires auprès de quatre infirmières –chefs.
	4.3 Proposer des modifications au chef du projet de la « Pépinière de gestion ».

### Objectifs d'apprentissage personnels

Ce stage visera aussi l'atteinte des quatre objectifs d'apprentissage personnels. Tout d'abord, le premier objectif est d'approfondir le concept du leadership clinique par l'analyse des résultats probants. Ensuite, par l'observation et par les interactions avec les infirmières –chefs de l'Hôpital Maisonneuve – Rosemont, mon deuxième objectif est d'effectuer une réflexion sur mon futur rôle comme infirmière gestionnaire. Le troisième objectif personnel est d'améliorer ma communication en public, une habileté très importante en administration des services infirmiers. Finalement, le dernier objectif est de rédiger un article scientifique dans une revue scientifique, par exemple *l'Infirmière clinicienne*.



<hr/> Signature de l'étudiant(e)	<hr/> 26 janvier 2012 Date
-------------------------------------	-------------------------------

Ce rapport de stage sera rédigé par articles : Oui  Non

**Commentaires des membres du comité**

---

---

---

---

---

**SIGNATURES DES MEMBRES DU COMITÉ**

NOM : Isabelle Brault Signature : \_\_\_\_\_  
Directrice de recherche

NOM : Odette Roy Signature : \_\_\_\_\_  
Codirectrice

NOM : Isabelle Faucher Signature : \_\_\_\_\_  
Membre du jury

Date d'approbation du projet: 26 janvier 2012

## **Appendice B**

Ordonnancement des activités de stage

	Mois				Mars				Avril				Mai				Juin					
	Février		Février		Mars		Mars		Avril		Avril		Mai		Mai		Juin		Juin			
Objectifs	Sem.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
<b>Objectifs</b>																						
Proposer des modifications au profil des compétences du chef d'unité.																						
Analyser les documents de la Pépinière																						
Assister à un laboratoire																						
Assister aux entrevues du MSSS																						
Effectuer une recension des écrits																						
Analyser le profil des compétences																						
Suggérer des modifications au profil																						
Valider les ajouts avec 2 chefs d'unités																						
Comprendre les besoins et le soutien																						
Construire 2 questionnaires																						
Valider les questionnaires																						
Contacteur les chefs d'unités																						
Contacteur les 3 membres de la direction																						
Effectuer les entrevues																						
Analyser les résultats																						
Proposer une séance de formation																						
Consulter les articles et les livres																						
Présentation des résultats à D. Morneau																						
Séance de travail avec D. Morneau																						
Comité de la Pépinière de gestion																						
Centre d'excellence																						
Rencontres de la DRH																						
Présentation de la DG sur la construction																						
Colloque du Centre FERASI (24 jan)																						
Colloque Alice Girard																						
Comité de Pépinière de gestion																						
Centre d'excellence en soins infirmiers																						

## **Appendice C**

Questionnaires pour les entrevues

### **Questionnaire pour les infirmières – chefs**

Durée : environ une heure

Questions :

- 1) Décrivez-moi une journée où vous vous sentiez satisfait, où vous aviez pleinement joué votre rôle de chef d'unité.
- 2) Décrivez-moi une journée où vous vous sentiez insatisfait de votre journée comme chef d'unité.
- 3) Quels sont les facteurs qui entravent et ceux qui facilitent la réalisation de votre rôle de chef d'unité à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont?
- 4) Sentez-vous valorisé dans votre rôle? De quelle façon le rôle du chef d'unité peut être valorisé davantage à l'HMR?
- 5) Selon vous, qu'est –ce qui peut être fait pour attirer de futurs gestionnaires?
- 6) En lien avec le profil de compétence, quelles sont les trois compétences essentielles pour les infirmières-chefs qui débutent?
- 7) Selon vous, quelle est la (les) meilleure(s) façon(s) pour développer ces compétences?
- 8) Lorsque vous avez débuté comme chef d'unité avez –vous eu une orientation ou un parrainage? Quels étaient les éléments aidants et moins aidants? Avez – vous eu une personne ressource? Si oui, quelle était la fonction de cette personne?

- 9) Comment percevez-vous une orientation et un parrainage « exemplaire » pour aider un chef d'unité à débiter son nouveau rôle?
- 10) Lorsque vous avez commencé comme chef d'unité est-ce que vous vous sentiez soutenu(e)? Si oui, par qui et de quelle façon vous étiez soutenu(e)? Qu'est-ce qui aurait pu être fait autrement?
- 11) Le chef d'unité est un acteur clé au niveau de la qualité et de la sécurité des soins et des services sur l'unité. Selon vous quelles sont les dimensions importantes afin d'assurer une performance globale sur votre unité?
- 12) Avez-vous déjà ou êtes vous en train d'initier un projet pour améliorer la qualité ou la sécurité des soins et des services?
- 13) De quelle manière avez-vous mobilisé votre équipe à cette démarche? De quelle façon avez-vous communiqué? Quels étaient les résultats?
- 14) Est-ce que vous réservez du temps pour être accessible sur l'unité? Si oui, combien et à quelle fréquence?

### **Questionnaire pour les membres de la direction**

Durée : environ 30 minutes

Questions :

- 1) Quelle est votre vision du chef d'unité idéal en lien avec la qualité et la sécurité des soins?
- 2) Selon vous, de quelle façon le rôle de chef d'unité peut être davantage valorisé à l'HMR?
- 3) Compte tenu de la complexité du rôle et du contexte actuel du système de santé, un écart est visible entre le rôle attendu et le rôle réalisé du chef d'unité. Selon vous, quels sont les meilleurs moyens afin qu'ils accomplissent pleinement leur rôle?
- 4) Selon vous, quels sont les éléments à l'HMR qui facilitent et ceux qui entravent la réalisation de leur rôle?

## **Appendice D**

Profil de compétences d'un chef d'unité à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont



Les modifications (ajouts et reformulations) au profil sont surlignées en jaune.

VERSION DU 30 AVRIL 2012

## Profil de compétences révisé et indicateurs comportementaux Fonction chef d'unité de soins

COMPÉTENCES	INDICATEURS COMPORTEMENTAUX
<p><b>1. Orientation vers l'utilisateur et sa famille</b></p> <p>Centre ses actions et agit de façon proactive avec l'équipe de soins sur les besoins et la satisfaction des usagers et de leur famille ainsi que sur les situations particulières.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prend le temps de recueillir l'information pertinente concernant l'unité de soins lors de son arrivée et d'évaluer la situation de l'équipe de soins et des usagers et de leur famille.</li> <li>2. S'assure que les membres de l'équipe entreprennent des actions proactives et concrètes pour gagner la confiance et répondre aux besoins individualisés des usagers et de leur famille.</li> <li>3. S'assure que les usagers et leur famille soient satisfaits de la qualité des soins et des services offerts en mettant en place un mécanisme pour être informé régulièrement des recommandations et/ou plaintes formulées par les usagers et tente d'y répondre dans un délai rapide.</li> <li>4. Transmet les recommandations, les actions et les initiatives entreprises à l'équipe dans une optique d'amélioration continue.</li> <li>5. Forme et coache l'équipe de soins à manifester des comportements et des attitudes respectueuses et harmonieuses basées sur les besoins des usagers et de leur famille.</li> <li>6. Encourage l'approche du patient partenaire auprès de l'équipe en considérant le patient comme ayant un rôle actif face aux décisions concernant ses soins et ses services.</li> <li>7. Établit un processus sur l'unité qui permet d'identifier et de traiter les situations de dilemmes éthiques.</li> <li>8. Favorise la création d'une culture de sécurité pour concevoir un environnement sécuritaire pour les patients et les employés de l'unité.</li> </ol>
<p><b>2. Conscience et maîtrise de soi</b></p> <p>Est conscient de ses forces et ses limites, gère avec maturité ses émotions, contrôle son stress, s'adapte et démontre une flexibilité devant l'imprévu, reste calme et créatif devant les situations de crises.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conserve son calme et contrôle ses émotions et ses impulsions dans des situations exigeantes, difficiles ou critiques; s'adapte à la situation.</li> <li>2. Gère efficacement ses sentiments de frustration devant les résistances, les blocages ou autres situations difficiles.</li> <li>3. Écoute et apaise l'équipe de soins dans les situations de crise en restant positif, réceptif, créatif et serein.</li> <li>4. Est conscient de ses émotions et de leurs impacts sur autrui.</li> <li>5. Sait utiliser ses émotions et les comprendre pour guider ses décisions relativement à la gestion de l'équipe.</li> <li>6. Décode et détecte aisément les émotions des membres de l'équipe et y réagit de façon appropriée.</li> <li>7. Connaît ses forces et ses limites et celles de l'équipe et agit de façon à respecter celles-ci.</li> </ol>

<p><b>3. Leadership mobilisateur</b></p> <p>Possède un leadership clinique assorti d'habilités de gestion et d'une vision interdisciplinaire des soins. Met à profit les forces de ses employés en les responsabilisant. Assure la cohésion entre les objectifs individuels, de l'unité de soins et de l'HMR.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fait la promotion d'une vision, d'orientations, d'objectifs et de stratégies inspirantes et allant au-delà des intérêts personnels, au sein de son unité de soins qui s'inscrivent dans les orientations de l'organisation.</li> <li>2. Agit en conformité avec ses paroles dans les situations de gestion de son unité de soins (ex : met en application les décisions convenues, assure les suivis attendus, etc.)</li> <li>3. Est à l'écoute et reconnaît les besoins et les objectifs individuels des membres de son équipe, les coaches et les appuie activement dans la réalisation de ceux-ci.</li> <li>4. Favorise la cohérence, l'entraide et la cohésion de l'équipe vers des objectifs communs.</li> <li>5. Rassemble dynamise et suscite l'adhésion par différents moyens, dont les réunions d'équipe régulières.</li> <li>6. Fait confiance, stimule l'engagement en écoutant et en encourageant les membres de l'équipe lors de situations difficiles, délègue les responsabilités et accorde la latitude nécessaire pour agir.</li> <li>7. Valorise la contribution et les compétences de l'équipe, exprime sa reconnaissance face aux efforts, réalisations, actions et initiatives et fait fréquemment de la rétroaction constructive.</li> <li>8. Confronte habilement et rallie dans des situations d'adversité, sait faire accepter et appliquer les décisions même impopulaires.</li> <li>9. Agit avec transparence auprès de l'équipe de soins et favorise la leur participation dans la prise de décision.</li> <li>10. Contribue à la rétention et à la satisfaction du personnel sur l'unité.</li> <li>11. Est visible, disponible et accessible sur l'unité pour les employés et les patients.</li> </ol>
<p><b>4. Communication interpersonnelle et organisationnelle</b></p> <p>Fait preuve d'écoute active et de respect, s'exprime d'une manière claire et précise, facilite la circulation de l'information, l'expression des idées et les échanges constructifs, afin de créer un climat d'ouverture, de respect et de confiance.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exprime ses idées avec clarté et facilité, annonce ses intentions, met en application l'écoute active et la reformulation.</li> <li>2. S'assure que son message est bien compris, concis et met en place des moyens pour vérifier la compréhension de son auditoire.</li> <li>3. Vérifie sa propre compréhension du message de son interlocuteur.</li> <li>4. Donne des directives aux membres de l'équipe en adaptant son message en fonction des interlocuteurs et fait preuve de tact dans la formulation de ses propos, particulièrement dans les situations tendues ou délicates.</li> <li>5. Encourage l'expression des opinions, les discussions franches et ouvertes, voire l'opposition, notamment lors des réunions d'équipe.</li> <li>6. Transmets et reflète dans ses communications et ses comportements les objectifs de son unité et de l'organisation et inversement, traduit les préoccupations de son équipe de soins auprès de son supérieur immédiat.</li> <li>7. Met en place des mécanismes de communication efficaces (tels que les réunions d'équipe et individuelles, les cahiers de communication, les communiqués, les courriels électroniques) qui favorisent l'atteinte des objectifs de l'unité de soins et de l'organisation.</li> <li>8. Développe et coordonne les réseaux de communication internes et externes pertinents au bon fonctionnement de son unité de soins (par exemple: assiste à des réunions interdisciplinaires, prépare et implante un plan de communication lors de changement organisationnel important).</li> <li>9. Établit sa crédibilité et persuade par son style de communication des publics larges et diversifiés.</li> </ol>

<p><b>5. Engagement</b></p> <p>Démontre de la loyauté envers l'organisation, fait preuve de persévérance, de responsabilité et d'imputabilité par rapport à la réalisation de ses mandats.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconnaît et s'engage à agir avec honnêteté, loyauté et respect envers autrui et à respecter ses devoirs, ses objectifs et responsabilités envers l'organisation et son équipe.</li> <li>2. Fournit les efforts et démontre de la persévérance devant les obstacles dans la réalisation de ses mandats, persiste en dépit des risques possibles et des écueils rencontrés, met en place des moyens pour les surmonter.</li> <li>3. S'efforce de mener ses mandats à terme, de livrer les résultats en qualité et quantité dans les délais convenus.</li> <li>4. Partage la responsabilité des résultats atteints par son équipe et ses collègues.</li> <li>5. Assume la responsabilité de ses actions et ses décisions et rend compte des résultats atteints.</li> <li>6. Accepte les nouvelles responsabilités de gestion comme de nouveaux défis à relever.</li> <li>7. Promouvoit la qualité et la réputation de son équipe et de l'établissement.</li> <li>8. S'engage et participe activement dans différents comités pour formuler des politiques organisationnelles ou améliorer les soins et les services offerts.</li> </ol>
<p><b>6. Orientation vers les résultats</b></p> <p>Démontre la capacité de gérer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la prestation sécuritaire des soins de manière à atteindre un rendement optimal au sein de son équipe par l'identification d'objectifs clairs, la mise en place de structure et de processus incluant l'évaluation de résultats et ce, dans une perspective organisationnelle.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. S'assure d'une dotation adéquate en ressources humaines, de la disponibilité des ressources matérielles et physiques, d'une gestion des coûts et du budget, des pratiques cliniques et professionnelles des ses employés, du développement professionnel de ceux-ci et des résultats au niveau des patients</li> <li>2. Fixe des objectifs significatifs, spécifiques, mesurables, réalistes, et temporellement définis et communique clairement et fréquemment à l'équipe ses attentes quant aux résultats à atteindre.</li> <li>3. Choisi des indicateurs cliniques pour mesurer la qualité et la sécurité de soins et des services sur son unité, les mesure régulièrement et compare ses résultats à ceux des autres unités et transmet cette information à son équipe.</li> <li>4. Identifie et met en place des moyens concrets et des stratégies pour augmenter l'efficacité, l'efficacité, la qualité et la performance sur l'unité en réduisant les coûts et les pertes (temps, déplacements, processus, inventaires) et en optimisant les processus et l'utilisation adéquate des ressources humaines.</li> <li>5. Analyse les résultats de son unité, les rapports d'accidents/incidents et les plaintes en ayant une approche proactive dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins.</li> <li>6. Prend des décisions en fonction de l'unité de soins et de l'organisation plutôt que de favoriser une demande individuelle.</li> </ol>
<p><b>7. Courage managérial</b></p> <p>Sait mener un processus de résolution de problèmes et de gestion de conflits avec méthode et créativité, en prenant soin de bien identifier les besoins des partis, sait donner une rétroaction tout en préservant la qualité de la relation, n'hésite pas à prendre des décisions</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accepte pour lui-même la critique constructive et fait preuve d'autocritique.</li> <li>2. Sait se positionner, donner et défendre son opinion et prendre des décisions impopulaires ou difficiles lorsque nécessaire en les expliquant et les légitimant.</li> <li>3. Sait donner directement aux employés, aux collègues et aux supérieurs un feedback critique complet, en l'exprimant de façon positive et constructive.</li> <li>4. Sait faire face et gérer dans un délai raisonnable, et en se préparant, à des problèmes relationnels (p.ex : à des employés problématiques).</li> <li>5. Dénonce et rencontre les employés qui présentent des comportements qui vont à l'encontre des attentes, des normes et</li> </ol>

<p>difficiles et donne toujours l'heure juste.</p>	<p>des valeurs organisationnelles, établit un plan d'action, en fait le suivi et au besoin, monte un dossier de gestion, en collaboration avec les experts concernés.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Prend le risque de remettre en cause auprès de la hiérarchie et des partenaires, les idées, positions et stratégies en place lorsque celles-ci s'avèrent inappropriées et fait preuve de ténacité par rapport à l'avancement de ses dossiers.</li> <li>7. Désamorçe les situations tendues tout en respectant les attentes et la vision du client.</li> <li>8. Prend des décisions à partir de l'information dont il dispose, même si elle est incomplète, et en assume les conséquences.</li> </ol>
<p><b>8. Innovation et gestion de changement</b></p> <p>Participe activement à la création d'environnements de pratique qui appuient le développement et l'intégration des connaissances, dirige et maintient le changement, soumet des idées nouvelles, trouve des solutions créatives, utiles, originales, propose des changements adaptés aux exigences de l'environnement.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perçoit les problèmes ou les difficultés comme des occasions d'innover et de remise en question de ses méthodes de travail ou du mode de fonctionnement et, favorise que les solutions et les changements viennent des employés.</li> <li>2. Propose de nouvelles pratiques et méthodes de travail dans une optique d'amélioration de la qualité des soins et services, entreprend et mène à terme des projets novateurs.</li> <li>3. Encourage son équipe à percevoir le changement et l'erreur comme une occasion d'apprentissage et d'amélioration de la performance et de la qualité des soins et services.</li> <li>4. Favorise auprès de l'équipe de soins la créativité, l'expérimentation, la recherche de solutions nouvelles et constructives dans une optique d'amélioration continue.</li> <li>5. Utilise les résultats de recherche pour développer des changements innovateurs dans les soins offerts sur son unité.</li> <li>6. Prépare et planifie les changements affectant son unité de soins, avec méthode et rigueur, en prévoyant chacune des étapes, les impacts et les risques associés à celles-ci et en ajustant le rythme d'intégration du changement en fonction des personnes, des objectifs et du contexte.</li> <li>7. Communique à l'équipe de soins une vision claire des changements projetés, de leur progression, en présente les avantages, les modalités d'implantation, les objectifs et l'utilité.</li> <li>8. Reconnaît et accueille les résistances chez ses employés et ses collègues, cherche à les comprendre et à les gérer.</li> <li>9. Se montre ouvert aux compromis et aux décisions différentes des siennes.</li> <li>10. Prend le temps de consolider, de terminer et d'évaluer les nouveaux projets implantés au sein de son unité de soins.</li> </ol>
<p><b>9. Compétence professionnelle</b></p> <p>Approfondit continuellement ses connaissances, entreprend des actions efficaces pour consolider ses compétences cliniques et de gestion basées sur les meilleures pratiques, en vue d'apporter une contribution significative à l'organisation, en tenant compte de ses aspirations personnelles.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recherche activement de la rétroaction sur ses forces et ses limites au plan administratif et clinique, notamment lors des suivis d'appréciation.</li> <li>2. Identifie les compétences à maintenir et à développer en lien avec les exigences de performance attendue par son supérieur immédiat.</li> <li>3. Entreprend des actions pour maintenir à jour ou développer ses compétences, telles que : participation à des activités de formation, coaching, codéveloppement, lectures personnelles, etc.</li> <li>4. Favorise une pratique clinique et administrative basée sur les résultats probants, intègre les meilleures pratiques au sein de l'unité de soins, suit l'évolution de sa profession et s'adapte en conséquence.</li> <li>5. Prend du recul sur ses pensées, ses actions et ses paroles, l'analyse en effectuant une autoévaluation, le partage avec son supérieur ou ses collègues, tire des apprentissages de ses</li> </ol>

	<p><b>expériences et se fixe des objectifs d'amélioration.</b></p> <p>6. Cherche à utiliser et à intégrer ses nouveaux apprentissages dans ses projets et ses activités quotidiennes.</p>
<p><b>10. Partenariat</b></p> <p>Démontre une capacité de se concerter, de collaborer et de partager des ressources et des activités avec divers intervenants des réseaux internes et externes, incluant le réseau universitaire, en vue d'atteindre des objectifs communs en regard des soins et services aux clients.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Est à l'affût et analyse les environnements interne et externe pour identifier des partenaires, créer un réseau et favoriser l'échange et le partage d'expertise.</li> <li>2. Véhicule auprès de l'équipe et des ses collègues l'importance et la fonction d'un réseau de collaborateurs interne et externe.</li> <li>3. Établit des relations de partenariat avec ses collègues chefs d'unité de soins et autres collègues (inter programmes et directions)</li> <li>4. Reconnaît les limites de son champ de compétences et sollicite l'expertise de ses collègues chefs d'unité de soins et autres collègues cadres (inter programmes et directions) lorsque nécessaire.</li> <li>5. Fournit des efforts tangibles pour élargir son réseau de partenaires et entretenir des liens significatifs et durables (ex: participe à des tables rondes, des colloques, des formations et autres activités de réseautage).</li> <li>6. Planifie l'action de son équipe en concertation avec les partenaires identifiés internes et externes (médecins, autres unités ou services, clinique externe, CSSS, autres CH, etc.)</li> <li>7. <b>En ayant une vision globale du système de santé québécois</b>, fait appel et partage avec son réseau de partenaires internes et externes, des ressources, informations, connaissances ou activités.</li> <li>8. Apporte sa contribution et sollicite l'expertise de ses partenaires internes et externes dans le cadre de projets conjoints, en surveillant sur ses objectifs.</li> <li>9. <b>Maîtrise les principes liés à la pratique collaborative et encourage le travail interprofessionnel au sein de son unité et dans l'organisation.</b></li> </ol>
<p><b>11. Gestion de priorités</b></p> <p>Définit des priorités, les évalue et les ajuste de façon continue en fonction de leur importance et de leur urgence selon les changements contextuels sur l'unité de soins et dans l'organisation.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dresse une vision d'ensemble de ses activités et de celles de son équipe et distingue celles qui sont prioritaires.</li> <li>2. Fixe des objectifs réalistes pour l'équipe, relativement à leur importance et leur urgence.</li> <li>3. À l'aide des indicateurs disponibles, évalue parmi les objectifs fixés les priorités et les ajuste selon les changements de contextes.</li> <li>4. Ajuste régulièrement les échéances, réorganise le travail et compose avec les situations imprévues, ambiguës et complexes (telles que les absences soudaines, la pénurie de personnel et la fluctuation d'activités).</li> <li>5. Négocie auprès de son équipe et de son supérieur pour déterminer, ajuster et faire respecter ses priorités.</li> <li>6. Anticipe, détermine et ajuste l'utilisation des ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs et prévoit des solutions de rechanges.</li> <li>7. Dans les situations d'urgence, sait faire la part des choses et aller à l'essentiel.</li> </ol>

## **Appendice E**

Présentation par affiche au Colloque des boursiers du Centre FERASI

## L'INTÉGRATION DU LEADERSHIP CLINIQUE DANS LE RÔLE DES INFIRMIÈRES – CHEFS AYANT DE 0 À 3 ANS D'EXPÉRIENCE EN GESTION

Étudiante à la maîtrise en administration des services infirmiers: **Malgorzata Karna** inf. B. Sc. M. Sc (c). Contact: malgorzata.karna@umontreal.ca  
 Directrice: **Isabelle Brault** inf. M. Sc. PHD (c), Chargée d'enseignement, FSI, Université de Montréal  
 Co-directrice: **Odette Roy** inf. PHD, Adjointe à DSI - volet enseignement et recherche, Chercheure et responsable du Centre d'excellence en soins infirmiers, Professeure associée à la FSI de l'Université de Montréal  
 Personne ressource du milieu: **Isabelle Faucher**, Chef, développement organisationnel et formation, DRH

### STAGE EN ADMINISTRATION DES SERVICES INFIRMIERS

- ❖ Stage de 12 crédits = 540 heures
  - 360 heures: présence dans le milieu
  - 180 heures: travail personnel
- L'objectif est de cerner et approfondir un problème de soins infirmiers, faire l'état des connaissances et de proposer, mettre en pratique ainsi qu'évaluer les stratégies d'intervention.

### BUT DU STAGE

Intégrer le leadership clinique infirmier dans le développement du programme d'apprentissage dans l'action pour les infirmières - chefs nouvellement en fonction.

### OBJECTIFS

- 1) Sélectionner les ateliers de formation du programme d'apprentissage dans l'action qui sont en lien avec le développement du leadership clinique.
- 2) Analyser le contexte organisationnel des infirmières –chefs.
- 3) Identifier les barrières, les facilitateurs et les besoins de formation en lien avec l'intégration du leadership clinique chez les infirmières – chefs.
- 4) Modifier et valider le contenu des ateliers de formation afin de favoriser le développement du leadership clinique.

### CADRE THÉORIQUE

Modèle conceptuel pour le développement et le soutien du leadership de RNAO (2007)

### PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE

- ❖ Diminution d'environ 30% des postes de cadres infirmiers dans les années 1990, entraînant une coupure de 6849 emplois au Canada (Laschinger, & Wong, 2007).
- ❖ Ces coupures ont entraîné une augmentation de responsabilités, du champ de contrôle et de la charge de travail (Jeans, & Rowat, 2004; Laschinger, & Wong, 2007).
- ❖ L'importance du rôle de l'infirmière - chef (Lee, & Cummings, 2008).
- ❖ Les infirmières – chefs ressentent de la solitude et ont besoin du soutien pour s'adapter à leur nouveau rôle (Spence Laschinger, Purdy, Cho, & Almost, 2006).
- ❖ À l'Hôpital Maisonneuve - Rosemont, 50% des cadres ont moins de 5 ans de service (HMR, 2011).
- ❖ Plan stratégique 2011-2014 de HMR vise l'amélioration des conditions de pratique et de soutien pour les cadres (HMR, 2011).
- ❖ Projet « Pépinière de gestion » a débuté en janvier 2011 comprenant 2 volets: pour les futurs gestionnaires infirmiers et pour les cadres en fonction.

### RECENSION DES ÉCRITS



## **Appendice F**

Présentation de la proposition de formation pour la Direction des ressources humaines



## Présentation du stage



Présentée par  
**Malgorzata (Margo) Karna** inf. B. Sc. M. Sc.(c).  
Stagiaire à la direction des ressources humaines

Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
2 mai 2012

## Plan

- Résumé des entrevues
  - Avec les chefs d'unités
  - Avec les 3 membres de la haute direction
- Profil de compétence
- Propositions pour le co-développement
  - Forme
  - Contenu
  - Mises en situation
  - Nom

## Entrevues avec les chefs d'unités

- Après de 5 chefs d'unités (CU) experts + 5 novices
- Durée d'environ 1 heure (variait entre 45 et 90 minutes)
- But
  - Comprendre les besoins et le soutien souhaité des chefs d'unités pour guider l'élaboration des séances de co-développement pour les chefs d'unités ayant de 0 à 5 ans d'expérience dans leur poste.

## Éléments de satisfaction

Chefs d'unités novices	Chefs d'unités experts
<b>Équipe est complète et capable de donner des soins de qualité</b>	<b>Répondre aux besoins de patients</b>
<b>Arrive à faire ce qui est planifié et a un contrôle sur les activités</b>	<b>Qualité et sécurité des soins</b>
Sentiment d'avoir accompli quelque chose de concret, d'avoir agi rapidement	Équipe complète, <b>bon climat, employés satisfaits et avec un sourire</b>
Rencontres d'équipe pour dire sa vision, les objectifs et ses attentes	Lorsqu'on fait une différence (équipe, réseaux, partenariats)
Temps de planifier, d'être proactif et créatif	Dossiers avancent
Variété du rôle	Travail en équipe
A le soutien nécessaire	
Présence sur l'unité pour coacher l'équipe	

Éléments d'insatisfaction	
Chefs d'unités novices	Chefs d'unités experts
<b>Rencontres et gestion du personnel de défi</b>	<b>Équipe incomplète, pénurie du personnel</b>
Pas satisfait du rendement du personnel	Trop d'interactions
Pas assez de personnel	Sentiment d'impuissance
Insatisfaction de la part des employés	Conflits interpersonnels ne se règlent pas
Trop d'interactions, accumulation des problèmes	Tout est urgent
Réunion toute la journée	Employés ne sont pas à niveau, n'ont pas répondu aux besoins de patients
Sentiment d'être seul	Pas de volonté de la part de l'équipe
	Quand on ne s'attaque pas aux problèmes et causes réels, on passe à côté des problèmes

Facteurs qui facilitent le rôle de CU	
Chefs d'unités novices	Chefs d'unités experts
<b>Réunion avec les autres chefs d'unités</b>	<b>Soutien des autres secteurs (DRH, DSI, etc.)</b>
<b>Chef de programme</b>	Climat d'entraide, soutien entre chefs d'unités
Moins de pression qu'un autre CH	Soutien du supérieur
Soutien de la DSI, DRH	Projets en cours à HMR (climat de travail, nécessité de certains comités)
Soutien du personnel (collaboration)	Pépinière de gestion, Relève des cadres
Avoir un mentor	Être au même niveau clinique, avoir les mêmes connaissances que les employés
	Mise à jour de ses connaissances

## Facteurs qui entravent le rôle de CU

Chefs d'unités novices	Chefs d'unités experts
<b>Surcharge de travail (projets, demandes)</b>	<b>Manque de stabilité du personnel (roulement) + pénurie</b>
Manque de soutien clinique (pour faire le suivi, intégration de formation)	<b>Surcharge de travail (projets, comités)</b>
Peu d'espace pour verbaliser	Grosse organisation, on tend à standardiser, peu de place à la personnalisation
Prise de vacances est difficile	Informatique
Communication	Manque de temps
Informatique	Manque de soutien clérical
Pénurie du personnel	Budget
Définition des rôles de chacun n'est pas claire	

## Éléments qui valorisent les CU

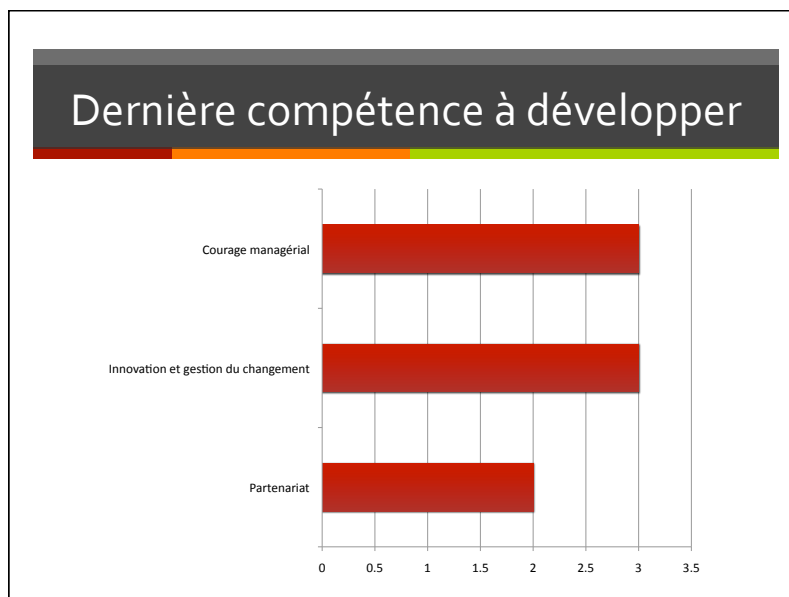
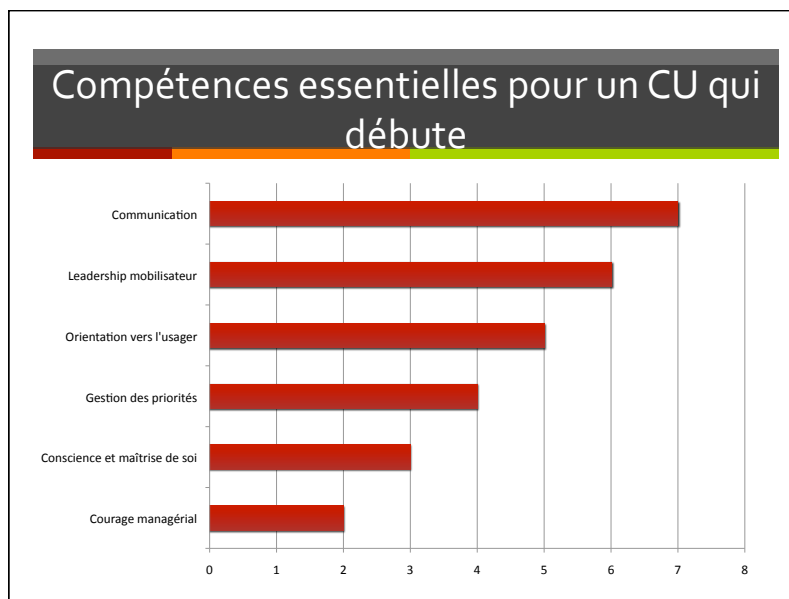
Chefs d'unités novices	Chefs d'unités experts
<b>Reconnaitances des employés (valorisation, rétention)</b>	<b>Personnel</b>
<b>Chef de programme</b>	<b>Patients et familles</b>
<b>Offre d'emploi (reconnaissance des compétences)</b>	Sollicitation par diverses personnes pour les comités à cause de son expertise et son expérience
Patients et familles	Voir l'évolution de l'unité
Voir la qualité des soins et le climat au travail	Aime son travail
Se valoriser personnellement	Supérieur immédiat
	Satisfaction de mener à bien un projet
	Avoir des résultats
	Mobilisation des équipes, relations interpersonnelles

## Façons de valoriser les CU davantage

Chefs d'unités novices	Chefs d'unités experts
<b>La haute direction devrait être plus présente sur le terrain pour que les employés la connaissent</b>	<b>Salaire + heures supplémentaires</b>
Rétroaction et valorisation de la haute direction	<b>Se faire connaître plus, valoriser le rôle de chef d'unité</b>
Soutien, enseignement, coaching	Développement professionnel (outiller les gestionnaires pour atteindre les objectifs, plan de carrière)
Pépinière de gestion, Relève des cadres	Confier des projets
Plus de reconnaissance	Soutien clérical
Le titre de chef d'unité	Renforcement positif quotidien du supérieur immédiat
	Pépinière de gestion

## Éléments pour attirer les futurs CU

Chefs d'unités novices	Chefs d'unités experts
<b>Pépinière de gestion</b>	<b>Soutien clérical</b>
Améliorer les conditions de travail (horaire, salaire, temps supplémentaire, télé travail, stationnement, conciliation travail-famille)	<b>Pépinière de gestion ou autres formations</b>
Perception du chef d'unité	Parler du profil de compétence, promouvoir le rôle de chef d'unité
Projets innovateurs	Salaire (heures supplémentaires)
Accueil des chefs d'unité (guide, accès, tél.)	Jumelage avec des bons coachs
Personne ressource	Plan de carrière
Améliorer réputation: HMR est reconnu d'être exigeant	Parler des valeurs organisationnelles et de la culture
Plus de soutien clinique	Transfert de connaissances



## Façons pour développer les compétences

Chefs d'unités novices	Chefs d'unités experts
Pépinière de gestion (avec plus d'autonomie durant le stage + auto évaluation avec le profil) et autres formations	Coacher et accompagner, mentorat
Se connaître, connaître ses limites (exercices d'introspection)	Formations et cours universitaires
Mentorat	Se référer à quelqu'un pour valider (DRH, collègues)
Objectifs avec une évaluation annuelle	Essai et erreur
Postes par intérim, chefs d'unité adjoint	Recevoir du feedback
Aller voir des gens qui ont des forces et les approprier	Co-développement

## Mobilisation de l'équipe

- Féliciter, valoriser et renforcer positivement l'équipe
- Impliquer dans les formations, les audits et les projets
- Faire preuve d'ouverture, de souplesse et de transparence
- Créer le sentiment d'appartenance
- Écouter les employés (préoccupations et solutions)
- Rencontres d'équipe
- Formations aux employés
- Présence clinique et coaching de l'équipe

## Disponibilité et accessibilité sur l'unité

- Porte ouverte (mentionné par 50% des participants)
- Tournées sur les unités ou cliniques varient entre 1 à 2x/semaine + PRN jusqu'à chaque jour
- Rencontres interdisciplinaires
  - 4: assistent toujours
  - 1: pas de rencontres interdisciplinaires
  - 3: aucune mention
  - 2: NA
- Rapports interservices
  - 4: assistent toujours
  - 2: seulement aux rapports AIC
  - 2: n'assistent pas
  - 2: NA
- Rencontres d'équipe (3 quarts de travail)
  - Chaque 2 à 3 semaines
  - Chaque 6 semaines
  - 5 x/année
  - 4 x/année
  - 3 x/année
  - 2 x/année

## Rencontres avec 3 membres de la haute direction

- Entrevues d'environ 30 minutes
- Ayant comme but de comprendre leur vision et d'avoir leur opinion sur le soutien
- 4 à 5 questions



## Vision du chef d'unité en lien avec la qualité et la sécurité des soins

- Leader mobilisateur: **être près des équipes**, aller chercher l'information, accompagner et coacher pour l'amélioration continue
- Partenariats avec les directions conseils + autres chefs pour un développement durable
- Avoir les compétences et les connaissances (soins et gestion)
- Mesurer la qualité
- Chef d'orchestre
- S'assurer que les outils et les ressources sont disponibles
- Doit avoir l'expertise clinique, être informé des meilleures pratiques
- Pas un rôle de clinicien, mais de gestionnaire

## Façons que les CU peuvent être valorisés

- Avoir des objectifs, des attentes claires de la direction et les clarifier
- Être capable de dire non pour des demandes irréalistes
- Améliorer les conditions de travail
- Évaluation de compétences annuelle
- Se faire connaître à travers des projets (s'associer, aller chercher l'information, la collaboration et le soutien nécessaire)
- Équipes soignantes
- Supérieur immédiat
- DG – DGA (devrait être fait davantage)

## Moyens pour que les CU accomplissent pleinement leur rôle

- Enlever le travail sans valeur ajoutée et dégager le plus possible (niveau clérical, déléguer certaines tâches)
- Donner du soutien (coaching, co-développement)
- Éclaircir le rôle du chef d'unité
- Avoir une bonne gestion de temps
- Équilibrer la participation dans les comités
- Parrainage avec une conseillère en soins infirmiers
- Leadership organisationnel (capacité d'être proactif)

## Éléments qui facilitent et entravent le rôle

Facilitants	Barrières
Gestion par programme	Pénurie du personnel
Supervision du chef de programme	Unité de soins de plus de 30 lits
Culture de vouloir réussir	Coordination des aspects du travail
Force clinique	Intensité et nombre de dossiers, charge de travail
Interdisciplinarité, implication des médecins	Manque de clarté de cibles à atteindre et pas assez diffusées
Bonnes directions conseils (DSI, DRH, DSM)	Pression des équipes
Formations: programme relève des cadres, Pépinière de gestion	Nouvelle génération
PACC	Gestion de changement difficile
Collégialité entre chefs d'unités	Alourdissement de la clientèle

## Compétences essentielles

- Communication (2)
- Leadership mobilisateur (2)
- Engagement (1)
- Orientation vers l'utilisateur (1)

## Profil de compétences du chef d'unité

- Des modifications ont été effectuées (en se basant sur les écrits scientifiques et les entrevues).
- Les ajouts ont été validés auprès de 2 chefs d'unités experts.
- Le profil sera validé avec le groupe de validation de la Pépinière de gestion → date à déterminer.
- Présentation du profil au comité de pilotage de la Pépinière de gestion → le 31 mai 2012.
- Dépôt du profil au comité de direction (par Isabelle) → date à déterminer.

## Co-développement est...

**« une approche de formation qui mise sur le groupe et sur les interactions entre les participants pour favoriser l'atteinte de l'objectif fondamental: améliorer la pratique professionnelle »**

(Payette et Champagne, 2008, p. 7).

## Co-développement: expériences antérieures à HMR

- À l'HMR, en 1995, deux groupes de co-développement
  - Cadres intermédiaires: sur la gestion des ressources humaines et les relations interpersonnelles s'adressant à des cadres intermédiaires
  - Cadres-conseils: explorait la fonction conseil
- Rencontres de 3 heures, toutes les 5 semaines pendant un an et demi

(Payette et Champagne, 2008)

## Résultats du co-développement

- temps d'arrêt et de recul pour les cadres
- partage riche en réflexions
- moment pour comparer leurs perceptions
- plusieurs apprentissages
- réconfort sur ce qu'ils vivent et pensent
- valorisation

(Payette et Champagne, 2008)

## Co-développement selon les entrevues

- Les 6 chefs d'unités du programme de médecine font du co-développement informel
  - « Bande de six »
  - Rencontres à chaque 2 semaines
  - But: se soutenir et uniformiser la pratique
- Les chefs d'unités organisent un co-développement pour les AIC de soir
  - 5 séances (mai à septembre)
  - Thèmes: rôle de l'AIC, surveillance de la qualité, gestion des employés à défi, puissance des mots et thème choisi par AIC

## Forme proposée

- Durée: 3 heures
- Fréquence: chaque mois (avec relâche pour la période estivale)
- Nombre de séances = 6
- Durée du co-développement: 6 mois avec la possibilité de continuation en fonction de la participation et de la motivation des participants

## Déroulement d'une séance

- Retour sur la consultation précédentes: 15 minutes
- Consultation (mises en situation): 1h30 minutes
- Discussion et approfondissement d'un sujet: 1 heure
- Exercices d'introspection / journal de bord

## Propositions du contenu: thèmes

- 1) Fonctionnement du co-développement (rôles et attentes de chacun: client, consultant, animateur) et rôle de chef d'unité
- 2) Gestion des employés de défi
- 3) Leadership mobilisateur
- 4) Qualité et sécurité des soins
- 5) Gestion des priorités, gestion du temps
- 6) Partenariat interne et externe

## Mise en situation 1

- Vous êtes chef d'unité sur l'unité des soins intensifs.
- Votre AIC de jour vous mentionne qu'elle s'inquiète, car elle a remarqué une augmentation des infections des voies centrales dans la dernière année. Elle vous décrit le dernier cas:
- Mme Jackson, 73 ans, veuve, deux filles, a 4 petits enfants et 3 petits enfants
- Antécédent: hystérectomie (il y a 20 ans), Diabète de type II (depuis 10 ans), souffle cardiaque systolique (asymptomatique) avec 2 récentes syncopes
- Admise pour un remplacement de la valve aortique
- Est hospitalisée sur l'unité des soins intensifs

Situation tirée de Sammer et James (2011)

## Mise en situation 1

- Durant son hospitalisation:
  - pneumonie acquise à l'hôpital
  - 3 épisodes d'hypoglycémie
  - infection de la voie centrale (obligeant une réinsertion)
- Filles de la patiente étaient très présentes au chevet lors des heures de visites, voulaient aider leur mère pour laver, manger et marcher, mais l'équipe de soins était réticente à impliquer la famille dans les soins.
- Après 8 jours aux SI et 5 jours sur l'unité de chirurgie, congé dans un établissement de réhabilitation

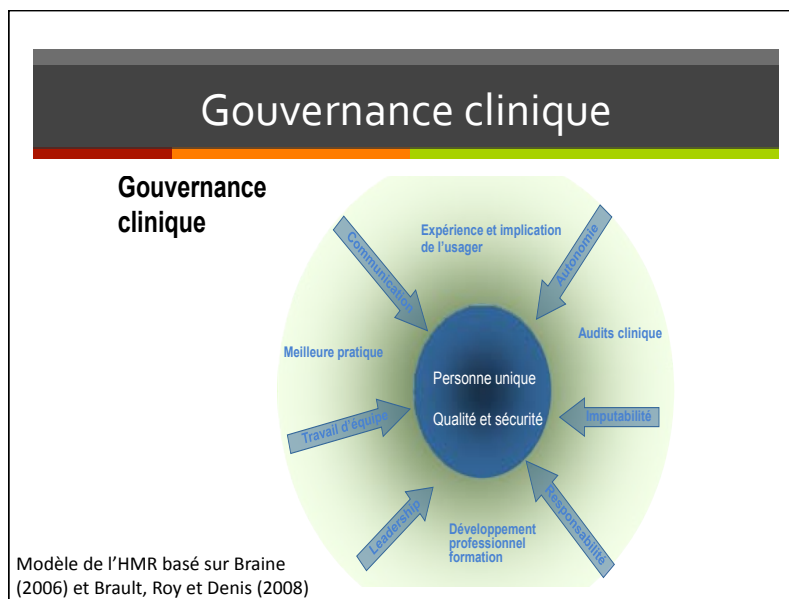
Situation tirée de Sammer et James (2011)

## Mise en situation 1

- L'histoire de Mme Jackson n'a pas fait les nouvelles, ni n'a pas attiré une attention particulière
- Par contre, elle a été victime de 3 conditions qui auraient pu être prévenues
  - Pneumonie
  - Hypoglycémie
  - Infection de la voie centrale
- Cela a entraîné des coûts, du stress à Mme Jackson et sa famille et des risques.

Situation tirée de Sammer et James (2011)





## Mise en situation 2

- Une infirmière d'expérience appelle malade très souvent depuis votre nomination dans le poste de chef d'unité (12 fois dans 3 mois) et elle est souvent en retard pour ses quarts de travail.
- Vous la confrontez en lien avec ses nombreuses absences non justifiées et elle vous répond « Je suis ta meilleure infirmière et tu le sais, je ne peux pas rentrer si je suis malade ».
- Les autres employés sont au courant de la situation et observent attentivement comment vous allez gérer la situation.

Situation tirée de Zimmermann (2002)

## Mise en situation 3

- Karine, une infirmière avec 2 ans d'expérience transfert d'une unité de chirurgie vers l'urgence.
- Sa chef d'unité a indiqué que sa performance sur l'unité était adéquate.
- Son orientation ne va pas très bien et vous recevez des plaintes de la part de la préceptrice.
- Vous décidez de mettre Karine avec une autre préceptrice de jour, car vous croyez qu'il s'agit peut-être d'un conflit de personnalité.
- Plusieurs infirmières de jour vous rapportent que Karine n'a pas les connaissances de base en soins infirmiers, qu'elle ne fait pas ses lectures et ne fait aucun effort pour s'améliorer.
- Karine affirme que « les infirmières de l'unité ne veulent pas enseigner, ni la coacher ».

Situation tirée de Zimmermann (2002)

## Mise en situation 3

- Vous décidez que Karine ne répond pas aux exigences et ne passe pas son orientation et sa période de probation.
- En croyant que Karine perçoit aussi le problème, vous lui annoncez la nouvelle en disant « qu'elle n'est pas prête à assumer un rôle avec la clientèle de l'urgence à cause du contexte de variété, d'acuité et de complexité des soins ».
- Karine est en colère. Elle dit à tout le monde que l'unité d'urgence a refusé de l'aider dans sa transition.
- Karine a ensuite obtenu un poste sur l'unité de télémétrie.
- Deux mois plus tard, elle a été trouvée dans les toilettes en train de renifler de la cocaïne pendant que son patient était en arrêt cardio-respiratoire.

Situation tirée de Zimmermann (2002)

## Mise en situation 4

- Un préposé aux bénéficiaires, Martin, a une réputation d'être « chroniquement » en retard.
- L'ancienne chef d'unité n'a jamais adressé cette problématique.
- Martin était populaire auprès de l'équipe. Les employés faisaient quotidiennement un pari sur combien de temps il sera en retard. Il a été mis au courant de ce jeu et a affirmé qu'il sera le gagnant s'il arrive à l'heure.
- Aucun changement n'a été noté.

Situation tirée de Zimmermann (2002)

## Mise en situation 5

- Maria est une assistante infirmière-chef (AIC) avec beaucoup d'expérience et de séniorité sur l'unité de médecine.
- Elle est offensée que le poste de chef d'unité ne lui a pas été offert (même si elle n'a pas appliqué sur le poste).
- Vous êtes le nouveau chef d'unité, vous avez une vision et vous savez que vous auriez besoin de deux AIC efficaces. Vous avez développé une liste de responsabilité (surtout administrative) et une évaluation pour les AIC.
- L'autre AIC faisait les activités que vous avez indiquées, mais Maria faisait seulement le travail qu'elle exécutait avant.

Situation tirée de Zimmermann (2002)

## Proposition des noms

- Jardin de compétences
- Novice à leader
- **Débutant à leader**
- **CCC (Co-développement pour développer les Compétences des Chefs d'unité) (confiance, coopération, confidentialité)**

## Références

- Payette, A., & Champagne, C. (2008). *Le groupe de co-développement professionnel*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Sammer, C. E., & James, B. (2011). Patient Safety Culture: The Nursing Unit Leader's Role. *The Online Journal of Issues in Nursing, 16*(3).
- Zimmermann, P. G. (2002). *Nursing Management Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus Inc.

## **Appendice G**

Présentation orale au Colloque Alice Girard de l'Université de Montréal

## Faculté des sciences infirmières

### Créez le rythme




### Infirmière-chef: acteur clé pour la qualité et la sécurité des soins

Malgorzata Karna inf. B. Sc. M. Sc. (c)  
Isabelle Brault, inf. Ph.D. – Directrice de stage  
Odette Roy, inf. Ph.D. – Co-directrice de stage

Centre FÉRASi | HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont Centre affilié à l'Université de Montréal | Université de Montréal | FSI 60 ans FETONS ENSEMBLE!

## Problématique




### Créez le rythme

- ❖ Rapport de l'Institute of Medicine (1999) sur les erreurs médicales
- ❖ Environ **85%** des accidents sont systémiques (MSSS, 2001)
- ❖ Loi 113 sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (Talbot, 2005)
- ❖ Rapport semestriel des incidents et accidents (Gouvernement du Québec, 2011)

Centre FÉRASi | HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont Centre affilié à l'Université de Montréal | Université de Montréal

## Problématique



**Créez le rythme**

**INFIRMIÈRE-CHEF** = **POSITION STRATÉGIQUE**

(Lee, & Cummings, 2008)

Centre **FerAsi**

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université **dm**  
de Montréal

## Recension des écrits



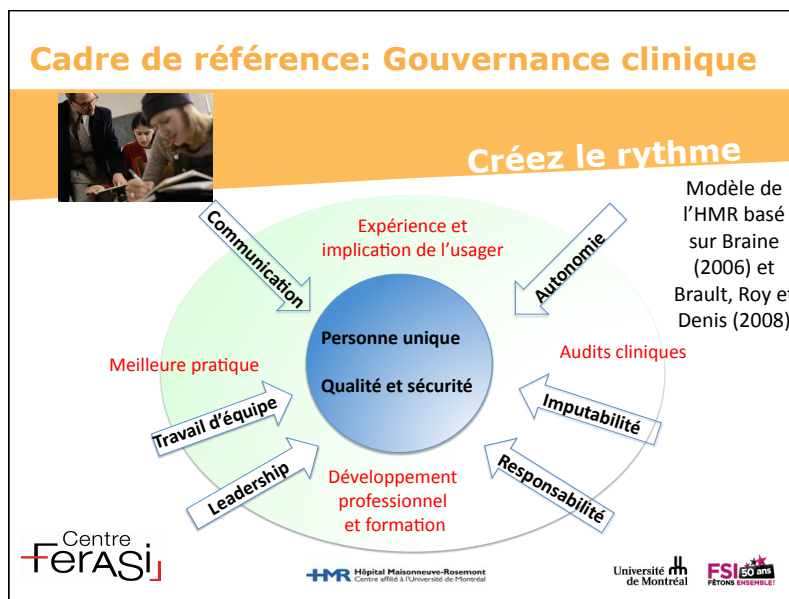
**Créez le rythme**

- ❖ **Le rôle et les compétences de l'infirmière-chef**  
(AONE, 2011; Jeans et Rowat, 2004; McCallin, & Frankson, 2010; Oroviogioicoechea, 1996)
- ❖ **La qualité et la sécurité des soins**  
(Hemman, 2011; Hurlimann, 2001, OMS, 2002; Thompson et al., 2005)
- ❖ **Le rôle de l'infirmière-chef en lien avec la gestion de la qualité et de la sécurité des soins**  
(ANA, 2009; Djoumbe, 2008; Feng, et al., 2011; Joint Commission Resources, 2005; Poniowski, Stanley, & Youngberg, 2005 )

Centre **FerAsi**

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université **dm**  
de Montréal



### But du stage



Créez le rythme

Favoriser l'intégration de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins dans le rôle de l'infirmière-chef ayant de 0 à 5 ans d'expérience en gestion.







## Objectifs du stage



### Créez le rythme

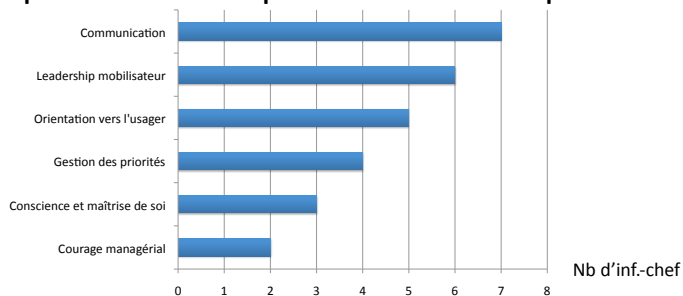
- 1) Proposer des modifications au profil de compétences de l'infirmière-chef de l'HMR pour intégrer les éléments de gestion de la qualité et de la sécurité des soins.
- 2) Comprendre les besoins et le soutien souhaité des infirmières-chefs en lien avec la gestion de la qualité et de la sécurité des soins.
- 3) Proposer une séance de formation en lien avec la qualité et la sécurité des soins pour les infirmières-chefs.

## Résultats des entrevues



### Créez le rythme

#### Les compétences essentielles pour une infirmière-chef qui débute



## Résultats des entrevues



Créez le rythme

### Communication avec l'équipe

Porte ouverte	50% des participants
Tournées de l'unité ou des cliniques	Variet entre 1 à 2x / semaine jusqu'à chaque jour
Rencontres d'équipe sur les 3 quarts de travail	Variet entre 2 à 3 semaines à 2 fois par année

## Résultats des entrevues



Créez le rythme

### Mobilisation de l'équipe

- Féliciter et valoriser l'équipe
- Impliquer dans les projets, les formations et les audits
- Faire preuve d'ouverture, de souplesse et de transparence
- Écouter les employés (préoccupations et solutions)
- Rencontres d'équipe
- Formations aux employés
- Présence clinique et coaching de l'équipe

## Résultats des entrevues



### Créez le rythme

#### ❖ Facteurs qui facilitent leur rôle

- ❖ Réunion avec les autres infirmières-chefs
- ❖ Chef de programme
- ❖ Soutien des autres secteurs (DRH, DSI, etc.)

#### ❖ Facteurs qui entravent leur rôle

- ❖ Surcharge de travail (demandes, comités, projets)
- ❖ Pénurie et roulement du personnel
- ❖ Manque de soutien formel et clinique

## Retombées du stage



### Créez le rythme

- ❖ Collaboration innovatrice entre la DSI et la DRH
- ❖ Document permanent (profil de compétences)
- ❖ Valorisation du rôle de l'infirmière-chef au sein de l'organisation
- ❖ Réflexion du rôle de l'infirmière-chef en lien avec la qualité et la sécurité des soins
- ❖ Expérience enrichissante
- ❖ Ouverture pour les futurs étudiants à la maîtrise en ASI

## Conclusion



### Créez le rythme

- ❖ L'**infirmière-chef** est un **acteur clé** pour assurer la **qualité** et la **sécurité** des soins.
- ❖ Les 2 compétences essentielles pour l'infirmière-chef qui débute sont la **communication** et le **leadership mobilisateur**.
- ❖ Les infirmières-chefs qui débutent ont besoin de **soutien** et d'**encadrement**.

## Remerciements



### Créez le rythme

- ❖ Mme Isabelle Brault
- ❖ Mme Odette Roy
- ❖ Mme Isabelle Faucher
- ❖ Les chefs d'unités de l'HMR
- ❖ L'équipe de la Direction des ressources humaines
- ❖ Le Centre d'excellence en soins infirmiers de l'HMR
- ❖ Le Centre FERASI

**Merci pour votre attention !**



**Créez le rythme**

Questions?

Commentaires?



Centre  
**FerAsi**

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université **UM**  
de Montréal

**Références**



**Créez le rythme**

- ❖ American Nurses Association (2009). *Nursing Administration : Scope and Standards of Practice*. Maryland : ANA.
- ❖ American Organization of Nurse Executives (2011). *AONE nurse executive competencies*. Chicago : AONE.
- ❖ Djoumbé, E (2008). Le rôle de l'infirmier-chef de l'unité de soins dans l'amélioration continue de la qualité. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- ❖ Feng, X.Q., Acord, L., Cheng, Y. J., Zeng, J. H., Song, J. P. (2011). The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review*, 58, 249-254.
- ❖ Hemman, E. A. (2011). Meeting Effective Care Measures. Hospital nurses play a central rôle in evaluating data to ensure patient safety and improve quality. *American Journal of Nursing*, 111(12), 54-60.
- ❖ Hurlimann, C. (2001). Approche conceptuelle de la qualité des soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 35, 23-28.
- ❖ Institute of Medicine (1999). The Err Is Human : Building a safer health system. Document récupéré le 4 avril 2012 de <http://iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human>
- ❖ Jeans, M. E., & Rowat, K. M. (2004). *Compétences attendues des infirmières gestionnaires*. Ottawa : CNA.
- ❖ Joint Commission Resources. (2005). *Issues and Strategies for Nurse Leaders : Meeting Hospital Challenges Today*. Etats-Unis : Joint Commission Resources.

Centre  
**FerAsi**

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université **UM**  
de Montréal

**FSI** 50 ans  
FÉROUS ENSEMBLE!

## Références



## Créez le rythme

- ❖ Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers : a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16, 768-783.
- ❖ McCallin, A. M., & Frankson, C. (2010). The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 18, 319-325.
- ❖ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2001). *Rapport du Comité ministériel : La gestion des risques, une priorité pour le réseau*. Québec : MSSS.
- ❖ Organisation mondiale de la santé (2002). *Qualité des soins : sécurité des patients*. OMS.
- ❖ Oroviogioicochea, C. (1996). Clinical nurse manager, a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1273-1280.
- ❖ Poniatoski, L., Stanley, S., & Youngberg, B. (2005). Using Information to Empower Nurse Managers to Become Champions for Patient Safety. *Nursing Administration Quarterly*, 29(1), 72-77.
- ❖ Talbot, M. (2005). L'erreur est trop humaine : L'obligation de révéler les accidents et incidents médicaux en droit québécois. Document récupéré le 4 avril 2012 de <http://www.afam-maiw.com/misc/media/pdf/chronique/2005/cap0305.pdf>.
- ❖ Thompson, P. A., Navarra, M. B., & Antonson, N. (2005). Patient Safety : The Four Domains of Nursing Leadership. *Nursing Economics*, 23(6), 331-333.

## **Appendice H**

Présentation orale au Comité de pilotage de la Pépinière de gestion.

## Faculté des sciences infirmières

### Créez le rythme



### Infirmière-chef: acteur clé pour la qualité et la sécurité des soins

Malgorzata Karna inf. B. Sc. M. Sc. (c)  
Isabelle Brault, inf. Ph.D. – Directrice de stage  
Odette Roy, inf. Ph.D. – Co-directrice de stage


Centre FÉRASi

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université de Montréal

FSI 60 ans  
FETONS ENSEMBLE!

## Problématique



### Créez le rythme

- ❖ Rapport de l'Institute of Medicine (1999) sur les erreurs médicales
- ❖ Environ **85%** des accidents sont systémiques (MSSS, 2001)
- ❖ Loi 113 sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (Talbot, 2005)
- ❖ Rapport semestriel des incidents et accidents (Gouvernement du Québec, 2011)


Centre FÉRASi

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université de Montréal



## Problématique



**Créez le rythme**

**INFIRMIÈRE-CHEF** = **POSITION STRATÉGIQUE**

(Lee, & Cummings, 2008)

Centre **FerASi**

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université **dm**  
de Montréal

## Recension des écrits



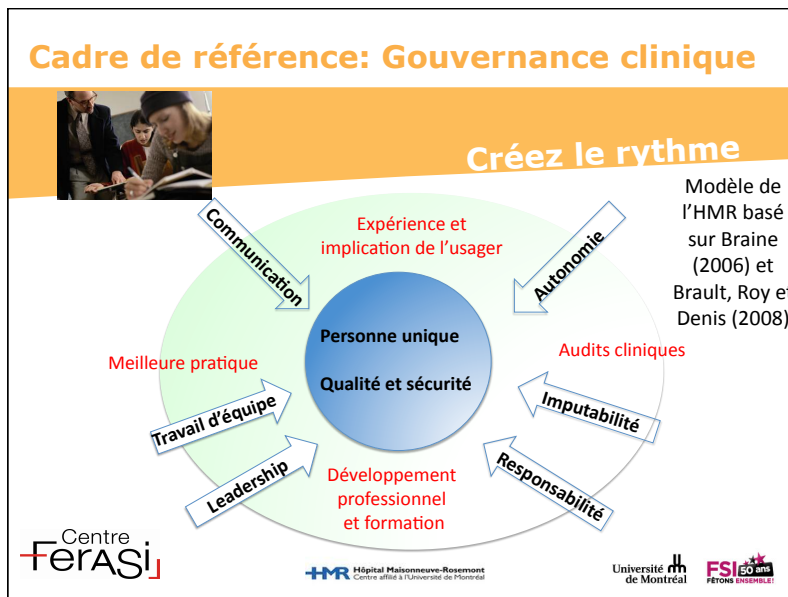
**Créez le rythme**

- ❖ **Le rôle et les compétences de l'infirmière-chef**  
(AONE, 2011; Jeans et Rowat, 2004; McCallin, & Frankson, 2010; Oroviogioicoechea, 1996)
- ❖ **La qualité et la sécurité des soins**  
(Hemman, 2011; Hurlimann, 2001, OMS, 2002; Thompson et al., 2005)
- ❖ **Le rôle de l'infirmière-chef en lien avec la gestion de la qualité et de la sécurité des soins**  
(ANA, 2009; Djoumbe, 2008; Feng, et al., 2011; Joint Commission Resources, 2005; Poniowski, Stanley, & Youngberg, 2005 )

Centre **FerASi**

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université **dm**  
de Montréal



## Objectifs du stage



### Créez le rythme

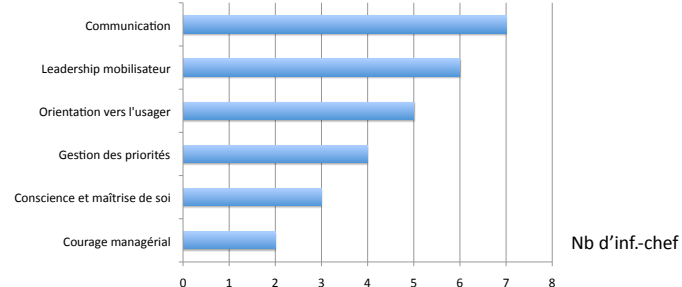
- 1) Proposer des modifications au profil de compétences de l'infirmière-chef de l'HMR pour intégrer les éléments de gestion de la qualité et de la sécurité des soins.
- 2) Comprendre les besoins et le soutien souhaité des infirmières-chefs en lien avec la gestion de la qualité et de la sécurité des soins.
- 3) Proposer une séance de formation en lien avec la qualité et la sécurité des soins pour les infirmières-chefs.

## Résultats des entrevues



### Créez le rythme

#### Les compétences essentielles pour une infirmière-chef qui débute



## Résultats des entrevues



Créez le rythme

### Communication avec l'équipe

Porte ouverte	50% des participants
Tournées de l'unité ou des cliniques	Variet entre 1 à 2x / semaine jusqu'à chaque jour
Rencontres d'équipe sur les 3 quarts de travail	Variet entre 2 à 3 semaines à 2 fois par année

## Résultats des entrevues



Créez le rythme

### Mobilisation de l'équipe

- Féliciter et valoriser l'équipe
- Impliquer dans les projets, les formations et les audits
- Faire preuve d'ouverture, de souplesse et de transparence
- Écouter les employés (préoccupations et solutions)
- Rencontres d'équipe
- Formations aux employés
- Présence clinique et coaching de l'équipe

## Résultats des entrevues



### Créez le rythme

- ❖ **Facteurs qui facilitent leur rôle**
  - ❖ Réunion avec les autres infirmières-chefs
  - ❖ Chef de programme
  - ❖ Soutien des autres secteurs (DRH, DSI, etc.)
- ❖ **Facteurs qui entravent leur rôle**
  - ❖ Surcharge de travail (demandes, comités, projets)
  - ❖ Pénurie et roulement du personnel
  - ❖ Manque de soutien formel et clinique

## Conclusion



### Créez le rythme

- ❖ L'**infirmière-chef** est un **acteur clé** pour assurer la **qualité** et la **sécurité** des soins.
- ❖ Les 2 compétences essentielles pour l'infirmière-chef qui débute sont la **communication** et le **leadership mobilisateur**.
- ❖ Les infirmières-chefs qui débutent ont besoin de **soutien** et d'**encadrement**.

## Faculté des sciences infirmières

### Créez le rythme



### La valorisation du rôle de chef d'unité

Centre FÉRASi


HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université de Montréal

FSI 50 ans  
FETONS ENSEMBLE!

## Problématique

### Créez le rythme



- ❖ L'âge moyen des infirmières gestionnaires au Canada = 52 ans.
- ❖ Il manquera ≈ 4200 infirmières gestionnaires au Canada d'ici 2022.
- ❖ Peu d'infirmières sont intéressées à devenir gestionnaires.
  - ❖ Sur 397 infirmières interviewées, 83% ne veulent pas entreprendre une carrière en gestion à cause d'un manque d'intérêt en administration, d'une surcharge de travail et de la difficulté à gérer les conflits interpersonnels.

(Laschinger et Wong, 2010)

Centre FÉRASi

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université de Montréal

## Méthode



### Créez le rythme

- ❖ Rencontres individuelles avec 5 chefs d'unités novices et 5 experts
  - ❖ pour connaître les besoins et le soutien souhaité des chefs d'unités de l'HMR
- ❖ Rencontres individuelles avec 3 membres de la haute direction
  - ❖ pour connaître leurs visions et leurs opinions sur les moyens pour mieux soutenir les chefs d'unités

## Résultats des entrevues



### Créez le rythme

#### Les éléments qui valorisent les chefs d'unités à l'HMR

Chefs d'unités novices (n=5)	Chefs d'unités experts (n=5)
Reconnaitances des employés (n=4)	Employés (n=3)
Chef de programme (n=2)	Patients et familles (n=2)
Offre d'emploi (reconnaissance des compétences) (n=2)	Sollicitation pour les comités à cause de son expertise et son expérience (n=1)
Patients et familles (n=1)	Voir l'évolution de l'unité (n=1)
Voir la qualité des soins et le climat au travail (n=1)	Aime son travail (n=1)
Se valoriser personnellement (n=1)	Supérieur immédiat (n=1)

## Résultats des entrevues



Créez le rythme

### Les façons de valoriser les chefs d'unités davantage à l'HMR

Chefs d'unités novices (n=5)	Chefs d'unités experts (n=5)
Présence de la haute direction (n=2)	Salaire et heures supplémentaires (n=4)
Soutien, enseignement et coaching (n=1)	Se faire connaître plus, valoriser le rôle de chef d'unité (n=3)
Pépinière, Relève des cadres (n=1)	Développement professionnel (n=1)
Plus de reconnaissance (n=1)	Confier des projets (n=1)
Titre de chef d'unité (n=1)	Renforcement du supérieur (n=1)

Centre  
FéRASi

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université de Montréal  
FSI 50 ans  
FéRASi

## Résultats des entrevues



Créez le rythme

### Les éléments pour attirer les futurs chefs d'unités

Chefs d'unités novices (n=5)	Chefs d'unités experts (n=5)
Pépinière de gestion (n=2)	Pépinière de gestion ou autres formations (n=3)
Plus de soutien clinique et DRH (n=2)	Soutien clérical (n=2)
Personne ressource (n=2)	Parler du profil de compétence, promouvoir le rôle de chef d'unité (n=2)
Améliorer les conditions de travail (n=1)	Jumelage avec de bons coachs (n=1)
Accueil des chefs d'unité (n=1)	Plan de carrière (n=1)

Centre  
FéRASi

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université de Montréal



## Résultats des entrevues (haute direction)



### Créez le rythme

#### Les façons que les chefs d'unités peuvent être valorisés

Avoir des objectifs, des attentes claires de la direction et les clarifier

Être capable de dire non pour des demandes irréalistes

Améliorer les conditions de travail

Évaluation de compétence annuelle

Se faire connaître à travers des projets

Équipes soignantes

Supérieur immédiat

Centre  
FÉRASI

(devrait être fait davantage)

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université  
de Montréal

## Recommandations



### Créez le rythme

- 1) Augmenter la visibilité de la haute direction.
- 2) Évaluer la charge de travail et déléguer les tâches sans valeur ajoutée.
- 3) Poursuivre la formation et le développement professionnel des chefs d'unités.
- 4) Promouvoir le rôle de chef d'unité au sein de l'organisation.
- 5) Améliorer les conditions de travail des chefs d'unités.

Centre  
FÉRASI

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université  
de Montréal

## Conclusion



### Créez le rythme

- ❖ Les infirmières-chefs sont les pierres angulaires des organisations de santé.
- ❖ Leur rôle est très important au sein de l'organisation et devrait être valorisé davantage.

Centre  
**FerASi**

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université **UM**  
de Montréal **FSI 50 ans**  
FEROIS ENSEMBLE

## Retombées du stage



### Créez le rythme

- ❖ Collaboration innovatrice entre la DSI et la DRH
- ❖ Document permanent (profil de compétences)
- ❖ Valorisation du rôle de l'infirmière-chef au sein de l'organisation
- ❖ Réflexion du rôle de l'infirmière-chef en lien avec la qualité et la sécurité des soins
- ❖ Expérience enrichissante
- ❖ Ouverture pour les futurs étudiants à la maîtrise en ASI

Centre  
**FerASi**

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université **UM**  
de Montréal

## Remerciements



Créez le rythme

- ❖ Mme Isabelle Brault
- ❖ Mme Odette Roy
- ❖ Mme Isabelle Faucher
- ❖ Les chefs d'unités de l'HMR
- ❖ L'équipe de la Direction des ressources humaines
- ❖ Le Centre d'excellence en soins infirmiers de l'HMR
- ❖ Le Centre FERASI

Centre  
FERASI

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université  
de Montréal

## Merci pour votre attention !



Créez le rythme

Questions?

Commentaires?



Centre  
FERASI

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

Université  
de Montréal

## Références



### Créez le rythme

- ❖ American Nurses Association (2009). *Nursing Administration : Scope and Standards of Practice*. Maryland : ANA.
- ❖ American Organization of Nurse Executives (2011). *AONE nurse executive competencies*. Chicago : AONE.
- ❖ Djoumbe, E (2008). Le rôle de l'infirmier-chef de l'unité de soins dans l'amélioration continue de la qualité. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- ❖ Feng, X.Q., Acord, L., Cheng, Y. J., Zeng, J. H., Song, J. P. (2011). The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review*, 58, 249-254.
- ❖ Hemman, E. A. (2011). Meeting Effective Care Measures. Hospital nurses play a central rôle in evaluating data to ensure patient safety and improve quality. *American Journal of Nursing*, 111(12), 54-60.
- ❖ Hurlimann, C. (2001). Approche conceptuelle de la qualité des soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 35, 23-28.
- ❖ Institute of Medicine (1999). The Err Is Human : Building a safer health system. Document récupéré le 4 avril 2012 de <http://iom.edu/-/media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human>
- ❖ Jeans, M. E., & Rowat, K. M. (2004). *Compétences attendues des infirmières gestionnaires*. Ottawa : CNA.
- ❖ Joint Commission Resources. (2005). *Issues and Strategies for Nurse Leaders : Meeting Hospital Challenges Today*. Etats-Unis : Joint Commission Resources.
- ❖ Laschinger, H.K.S., & Wong, C. (2010). Nurses' Career Aspirations to Management Roles: Identifying the Next Generation of Nursing Leaders. The University of Western Ontario: London, Canada.






## Références



### Créez le rythme

- ❖ Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers : a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16, 768-783.
- ❖ McCallin, A. M., & Frankson, C. (2010). The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 18, 319-325.
- ❖ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2001). *Rapport du Comité ministériel : La gestion des risques, une priorité pour le réseau*. Québec : MSSS.
- ❖ Organisation mondiale de la santé (2002). *Qualité des soins : sécurité des patients*. OMS.
- ❖ Oroviogiochea, C. (1996). Clinical nurse manager, a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1273-1280.
- ❖ Poniatowski, L., Stanley, S., & Youngberg, B. (2005). Using Information to Empower Nurse Managers to Become Champions for Patient Safety. *Nursing Administration Quarterly*, 29(1), 72-77.
- ❖ Talbot, M. (2005). L'erreur est trop humaine : L'obligation de révéler les accidents et incidents médicaux en droit québécois. Document récupéré le 4 avril 2012 de <http://www.afam-maiw.com/misc/media/pdf/chronique/2005/cap0305.pdf>.
- ❖ Thompson, P. A., Navarra, M. B., & Antonson, N. (2005). Patient Safety : The Four Domains of Nursing Leadership. *Nursing Economics*, 23(6), 331-333.





## **Appendice I**

Document sur la valorisation du rôle de chef d'unité

**LA VALORISATION DU RÔLE DE CHEF D'UNITÉ**

**RÉSULTATS DE STAGE**

**PRÉSENTÉS AU**

**COMITÉ DE PILOTAGE DE LA PÉPINIÈRE DE GESTION**

**PAR**

**MALGORZATA KARNA Inf. B.Sc. M.Sc (c)**

**STAGIAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

**HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT**

**31 MAI 2012**

## TABLE DE MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION.....	2
PROBLÉMATIQUE.....	3
MÉTHODE.....	4
RÉSULTATS.....	5
Résultats des entretiens avec les chefs d'unités.....	5
Tableau 1 : Les éléments de satisfaction.....	5
Tableau 2 : Les éléments d'insatisfaction.....	5
Tableau 3 : Les facteurs qui facilitent le rôle des chefs d'unités à l'HMR.....	6
Tableau 4 : Les facteurs qui entravent le rôle des chefs d'unités à l'HMR.....	6
Tableau 5 : Les éléments qui valorisent les chefs d'unités.....	6
Tableau 6 : Les façons de valoriser les chefs d'unités davantage.....	7
Tableau 7 : Les éléments pour attirer les futurs chefs d'unités.....	7
Résultats des entretiens avec la haute direction.....	8
Tableau 8 : Les façons que les chefs d'unités peuvent être valorisés.....	8
Tableau 9 : Les moyens pour que les chefs d'unités accomplissent pleinement leur rôle.....	8
Tableau 10 : Les facteurs facilitants et les barrières au rôle des chefs d'unités.....	8
DISCUSSION ET ANALYSE.....	9
CONCLUSION.....	11
RÉFÉRENCES.....	12

## RÉSUMÉ

En étant dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre infirmière, les établissements de santé doivent attirer et retenir leur personnel de façon innovatrice. Présentement une attention particulière devrait être mise sur les infirmières-chefs, car elles sont les pierres angulaires des organisations de santé. Leur rôle est très important au sein de l'organisation et devrait être valorisé davantage. Ce document présente une partie des résultats d'un stage effectué dans le cadre d'une maîtrise en administration des services infirmiers. Des rencontres ont été effectuées auprès de cinq chefs d'unités novices et cinq experts, ainsi qu'auprès de trois membres de la haute direction. Les résultats des rencontres indiquent que les éléments de satisfaction du chef d'unité sont surtout une équipe de soins complète et satisfaite qui est capable de répondre aux besoins de patients et de donner des soins de qualité. À l'inverse, les éléments d'insatisfaction du rôle des chefs d'unités sont lorsqu'il y a un manque de personnel et ils doivent gérer les problématiques des employés. Les barrières évoquées dans le rôle de chef d'unité étaient la surcharge de travail et le roulement des employés à tous les niveaux de l'organisation. Les facteurs facilitants mentionnés étaient le soutien des autres chefs d'unités, d'autres secteurs (DSI, DRH, etc.), ainsi que du chef de programme. Les chefs d'unités étaient surtout valorisés par leur équipe, les patients et leur famille ainsi que le supérieur immédiat. Selon les participants, les façons pour valoriser les chefs d'unité à l'HMR sont d'avoir plus de présence de la haute direction, de se faire connaître, ainsi que de revoir leurs conditions de travail. À la lumière des



entrevues effectuées et de la revue de la littérature, des recommandations ont été formulées : 1) augmenter la visibilité de la haute direction; 2) évaluer la charge de travail et déléguer les tâches sans valeur ajoutée; 3) poursuivre la formation et le développement professionnel des chefs d'unités; 4) promouvoir le rôle de chef d'unité au sein de l'organisation; 5) améliorer les conditions de travail des chefs d'unités.

## **INTRODUCTION**

Les établissements de santé québécois sont dans un contexte difficile. La population est vieillissante entraînant une augmentation du recours au système de santé et une complexité plus grande des soins (MSSS, 2006). De plus, il y a aussi une pénurie de la main-d'œuvre infirmière et des compressions budgétaires qui entraînent l'exploration des nouvelles façons de faire (Assemblée nationale, 2010; MSSS, 2006). Dans ce contexte, une attention soutenue doit être donnée aux infirmières-chefs, car elles sont les pierres angulaires de l'organisation de santé (Mathena, 2002). Tout d'abord, elles représentent le plus grand nombre d'employés au sein de l'établissement de santé et sont des leaders pour les infirmières soignantes. Leur rôle est très important au sein de l'organisation, car elles font le lien entre la haute direction et les employés (ANA, 2009; Jeans, & Rowat, 2004; Lee, & Cummings, 2008). De plus, les chefs d'unités jouent un rôle important au niveau de la qualité des soins, de l'autonomie et de la satisfaction des infirmières (Kramer, et al., 2007; Aroian, Horvath, Secatore, Alpert, Costa, Powers, & Stengrevics, 1997). Il est essentiel pour les établissements de santé de reconnaître

l'importance de leur rôle et instaurer des stratégies et des interventions pour les valoriser davantage.

## **PROBLÉMATIQUE**

Une étude nationale indique que l'âge moyen des infirmières gestionnaires au Canada est de 52 ans, ce qui amène des préoccupations pour leur remplacement dans la prochaine décennie (Laschinger et Wong, 2010). Selon une estimation, il manquera environ 4200 infirmières gestionnaires au Canada d'ici 2022 (Laschinger et Wong, 2010). De plus, certaines études indiquent que peu d'infirmières sont intéressées à devenir gestionnaires. Une étude expose que sur les 397 infirmières interviewées, 83% ne veulent pas entreprendre une carrière en gestion à cause d'un manque d'intérêt en administration, d'une surcharge de travail et de la difficulté à gérer les conflits interpersonnels (Laschinger et Wong, 2010). Aussi, depuis environ une vingtaine d'années, les infirmières gestionnaires ont vu une augmentation de responsabilités, du champ de contrôle et de la charge de travail les amenant à faire appel à un plus grand nombre de compétences (Jeans, & Rowat, 2004; Laschinger, & Wong, 2007). Dans cette optique il est essentiel de mettre des stratégies et des interventions en place pour valoriser, attirer et retenir les infirmières gestionnaires.

À l'Hôpital Maisonneuve–Rosemont (HMR), la moitié des cadres ont moins de cinq ans de service, ce qui indique un besoin de soutien plus important (HMR, 2011).

Selon les données de la direction des ressources humaines de l'HMR, le taux de roulement des cadres se situe à 22%. Le taux de rétention des chefs d'unités est de 75%. Selon l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS) (2012), le taux de roulement des gestionnaires du réseau était de 3,85% en 2005-2006 et en 2009-2010 est passé à 12,85%, ce qui expose une problématique importante. Un taux de roulement élevé engendre des problèmes au niveau de la gestion et de la coordination des équipes (AGESSS, 2012). De plus, la charge de travail est lourde, les exigences sont croissantes et il y a peu de reconnaissance et de la valorisation du travail des gestionnaires de santé (AGESSS, 2012).

Selon le plan stratégique de l'HMR du 2011-2014, l'amélioration des conditions de pratique et de soutien pour les cadres constitue une priorité pour l'organisation (HMR, 2011). Un projet intitulé « Pépinière de gestion » a été débuté en janvier 2011 pour attirer et valoriser le rôle de chef d'unité. De plus, des séances de co-développement sont prévues pour le mois de septembre 2012 pour les chefs d'unités ayant de 0 à 5 ans d'expérience dans leur poste. Ce type de formation s'inscrit dans une stratégie de soutien et de rétention pour les chefs d'unités qui débutent. La Direction des ressources humaines est aussi en train d'entreprendre des mesures pour revoir et améliorer les conditions de travail de cadres.

## MÉTHODE

Des rencontres individuelles avec cinq chefs d'unités novices et cinq experts ont été réalisées pour connaître les besoins et le soutien souhaité des chefs d'unités de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Les entretiens étaient d'une durée qui variait entre 45 à 90 minutes. Les réponses n'étaient pas enregistrées, ni analysées par un logiciel. Des notes à la main étaient prises durant les entretiens et étaient recopiées sur ordinateur durant la même journée. Les chefs d'unités rencontrés étaient 60% des femmes. Les entretiens étaient effectués à 90% dans les bureaux de chefs d'unités. De plus, des rencontres de 30 minutes avec trois membres de la haute direction ont été réalisées pour connaître leurs visions et leurs opinions sur les moyens pour mieux soutenir les chefs d'unité.

## RÉSULTATS

Les tableaux qui suivent présentent les résultats des entrevues effectuées. Les résultats sont divisés en deux parties : les rencontres avec les chefs d'unités et celles avec la haute direction.

**Partie I : Résultats des rencontres avec les chefs d'unités**

**Tableau 1 : Les éléments de satisfaction du rôle des chefs d'unités de l'HMR**

<b>Chefs d'unités novices (n=5)</b>	<b>Chefs d'unités experts (n=5)</b>
Équipe est complète et capable de donner des soins de qualité (n=3)	Équipe complète, bon climat, employés satisfaits et avec un sourire (n=4)
Arrive à faire ce qui est planifié et a un contrôle sur les activités (n=2)	Répondre aux besoins de patients (n= 2)
Sentiment d'avoir accompli quelque chose de concret, d'avoir agi rapidement (n=1)	Qualité et sécurité des soins (n=2)
Rencontres d'équipe pour dire sa vision, les objectifs et ses attentes (n=1)	Lorsqu'on fait une différence (équipe, réseaux, partenariats) (n=1)
Temps de planifier, d'être proactif et créatif (n=1)	Dossiers avancent (n=1)
Variété du rôle (n=1)	Travail en équipe (n=1)
A le soutien nécessaire (n=1)	
Présence sur l'unité pour coacher l'équipe et pas de réunion (n=1)	

**Tableau 2 : Les éléments d'insatisfaction du rôle des chefs d'unités de l'HMR**

<b>Chefs d'unités novices (n=5)</b>	<b>Chefs d'unités experts (n=5)</b>
Rencontres et gestion du personnel de défi (n=2)	Équipe incomplète, pénurie du personnel (n=2)
Pas satisfait du rendement du personnel (n=1)	Trop d'interactions (n=1)
Pas assez de personnel (n=1)	Sentiment d'impuissance (n=1)
Insatisfaction de la part des employés (n=1)	Conflits interpersonnels ne se règlent pas (n=1)
Trop d'interactions, accumulation des problèmes (n=1)	Tout est urgent (n=1)
Réunion toute la journée et ne sait pas ce qui se passe sur l'unité (n=1)	Employés ne sont pas à niveau, n'ont pas répondu aux besoins de patients (n=1)
Sentiment d'être seul (n=1)	Pas de volonté de la part de l'équipe (n=1)
	Quand on ne s'attaque pas aux problèmes et causes réels (n=1)

**Tableau 3 : Les facteurs qui facilitent le rôle des chefs d'unités à l'HMR**

<b>Chefs d'unités novices (n=5)</b>	<b>Chefs d'unités experts (n=5)</b>
Réunion avec les autres chefs d'unités (n=2)	Soutien des autres secteurs (DRH, DSI, etc). (n=4)
Chef de programme (n=2)	Climat d'entraide, soutien entre chefs d'unités (n=1)
Moins de pression qu'un autre CH (n=1)	Soutien du supérieur (n=1)
Soutien de la DSI, DRH (n=1)	Projets en cours à HMR (climat de travail, nécessité de certains comités) (n=1)
Soutien du personnel (collaboration) (n=1)	Pépinière de gestion, Relève des cadres (n=1)
Avoir un mentor (n=1)	Être au même niveau clinique, avoir les mêmes connaissances que les employés (n=1)
	Mise à jour de ses connaissances (n=1)

**Tableau 4 : Les facteurs qui entravent le rôle des chefs d'unités à l'HMR**

<b>Chefs d'unités novices (n=5)</b>	<b>Chefs d'unités experts (n=5)</b>
Surcharge de travail, beaucoup de projets et de demandes (n=2)	Manque de stabilité (roulement) et pénurie du personnel (n=3)
Manque de soutien clinique (pour faire le suivi, l'intégration de formation) (n=1)	Surcharge de travail (projets, comités) (n=2)
Peu d'espace pour verbaliser (n=1)	Grosse organisation, on tend à standardiser, peu de place à la personnalisation (n=1)
Prise de vacances difficile (n=1)	Informatique (n=1)
Communication (n=1)	Manque de temps (n=1)
Informatique (n=1)	Manque de soutien clérical (n=1)
Pénurie du personnel (n=1)	Budget (n=1)
Définition des rôles de chacun n'est pas claire (n=1)	

**Tableau 5 : Les éléments qui valorisent les chefs d'unités à l'HMR**

<b>Chefs d'unités novices (n=5)</b>	<b>Chefs d'unités experts (n=5)</b>
Reconnaisances des employés (valorisation et rétention) (n=4)	Personnel (n=3)
Chef de programme (n=2)	Patients et familles (n=2)
Offre d'emploi (reconnaissance des compétences) (n=2)	Sollicitation par diverses personnes pour les comités à cause de son expertise et son expérience (n=1)
Patients et familles (n=1)	Voir l'évolution de l'unité (n=1)
Voir la qualité des soins et le climat au travail (n=1)	Aime son travail (n=1)
Se valoriser personnellement (n=1)	Supérieur immédiat (n=1)
	Satisfaction de mener à bien un projet (n=1)
	Avoir des résultats (n=1)
	Mobilisation les équipes, relations interpersonnelles (n=1)

**Tableau 6 : Les façons de valoriser les chefs d'unités davantage à l'HMR**

<b>Chefs d'unités novices (n=5)</b>	<b>Chefs d'unités experts (n=5)</b>
La haute direction devrait être plus présente (sur le terrain pour que les employés la connaissent et pour donner de la rétroaction et de la valorisation aux chefs d'unités). (n=2)	Salaire et heures supplémentaires (n=4)
Soutien, enseignement et coaching (n=1)	Se faire connaître plus, valoriser le rôle de chef d'unité (n=3)
Pépinière de gestion, Relève des cadres (n=1)	Développement professionnel (outiller les gestionnaires pour atteindre les objectifs, plan de carrière) (n=1)
Plus de reconnaissance (n=1)	Confier des projets (n=1)
Titre de chef d'unité (n=1)	Soutien clérical (n=1)
	Renforcement positif quotidien du supérieur immédiat (n=1)
	Pépinière de gestion (n=1)

**Tableau 7 : Les éléments pour attirer les futurs chefs d'unités**

<b>Chefs d'unités novices (n=5)</b>	<b>Chefs d'unités experts (n=5)</b>
Pépinière de gestion (n=2)	Pépinière de gestion ou autres formations (n=3)
Plus de soutien clinique et DRH (n=2)	Soutien clérical (n=2)
Personne ressource (n=2)	Parler du profil de compétence, promouvoir le rôle de chef d'unité (n=2)
Améliorer les conditions de travail (horaire, salaire, heures supplémentaires, télé travail, stationnement, conciliation travail-famille) (n=1)	Jumelage avec de bons coachs (n=1)
Accueil des chefs d'unité (guide, accès, tél.) (n=1)	Plan de carrière (n=1)
Perception du chef d'unité (n=1)	Parler des valeurs organisationnelles et de la culture (n=1)
Améliorer la réputation : HMR est reconnu d'être exigeant (n=1)	Transfert de connaissances (n=1)
Projets innovateurs (n=1)	

***Partie II : Résultats des rencontres avec la haute direction*****Tableau 8 : Les façons que les chefs d'unités peuvent être valorisés**

Avoir des objectifs, des attentes claires de la direction et les clarifier
Être capable de dire non pour des demandes irréalistes
Améliorer les conditions de travail
Évaluation de compétence annuelle
Se faire connaître à travers des projets (s'associer, aller chercher l'information, la collaboration et le soutien nécessaire)
Équipes soignantes
Supérieur immédiat
DG – DGA (devrait être fait davantage)



**Tableau 9 : Les moyens pour que les chefs d'unités accomplissent pleinement leur rôle**

Enlever le travail sans valeur ajoutée et dégager le plus possible (niveau clérical, déléguer certaines tâches)
Donner du soutien (coaching, co-développement)
Éclaircir le rôle du chef d'unité
Avoir une bonne gestion de temps
Équilibrer la participation dans les comités
Parrainage avec une conseillère en soins infirmiers
Leadership organisationnel (capacité d'être proactif)

**Tableau 10 : Les facteurs facilitants et les barrières au rôle de chef d'unité**

Facteurs facilitants	Barrières
Gestion par programme	Pénurie du personnel
Supervision du chef de programme	Unité de soins de plus de 30 lits
Culture de vouloir réussir	Intensité et nombre de dossiers, charge de travail
Force clinique	Coordination des aspects du travail
Interdisciplinarité, implication des médecins	Manque de clarté de cibles à atteindre et pas assez diffusées
Bonnes directions conseils (DSI, DRH, DSM)	Pressions des équipes
Formatons : Relève des cadres, Pépinière de gestion	Nouvelle génération
PACC	Gestion de changement difficile
Collégialité entre chefs d'unités	Alourdissement de la clientèle

## DISCUSSION ET ANALYSE

La haute direction veut que les chefs d'unités soient très proches des équipes, par contre ces derniers veulent que la haute direction se rapproche d'eux. Les chefs d'unités ont mentionné leur désir que la haute direction soit plus souvent sur les unités afin que les employés la connaissent davantage. De plus, les chefs d'unités veulent recevoir plus

de rétroaction et de la valorisation de leur part. Selon Kramer et al. (2007), le soutien de la haute direction est très important qui se traduit par leur disponibilité et leur accessibilité pour les chefs d'unités.

Les chefs d'unités sont surchargés et vivent intensément la pénurie de la main-d'œuvre infirmière. Brady Germain, et Cummings (2010) indiquent qu'une surcharge de travail affecte l'efficacité de leur travail. Il serait essentiel d'évaluer la charge de travail des chefs d'unités et d'enlever le travail sans valeur ajoutée. Le soutien clérical avec une personne compétente est important pour enlever certaines tâches administratives. De plus, le chef d'unité peut déléguer certaines opérations à l'assistante infirmière-chef pour améliorer la performance de l'unité (Kramer et al., 2007).

Les infirmières-chefs reçoivent peu de soutien formel de l'organisation, ce qui les amène à utiliser l'essai et l'erreur, ainsi qu'engendre du stress (McCallin, & Frankson, 2010). Les rencontres ont indiqué que les chefs d'unités ne se sentent pas soutenus surtout au début de leurs fonctions. L'organisation devrait offrir un programme d'orientation pour les nouvelles infirmières-chefs et continuer leur développement professionnel par d'autres formations (McCallin, & Frankson, 2010). De plus, plusieurs chefs d'unités ont mentionné de ne pas savoir à qui s'adresser lorsqu'ils ont débuté leurs fonctions. Le mentorat est un moyen qui est déjà utilisé à l'HMR, par contre du coaching et de l'accompagnement plus formel sont aussi souhaités de la part des chefs d'unités. Un soutien formel pourrait se traduire par une personne ressource (par exemple, de la Direction des ressources humaines) qui est entièrement dédiée aux chefs d'unités et qui est capable de répondre à leurs questions et les guider vers la bonne direction. Au niveau

du soutien clinique, un tandem avec une infirmière clinicienne spécialisée est aussi très intéressant pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Cette dyade pourrait fournir de l'accompagnement et du coaching à l'équipe pour assimiler les nombreux changements dans la pratique dans le but d'une amélioration continue. Aussi, dans le futur, ce tandem peut devenir une triade : infirmière-chef, une infirmière clinicienne spécialisée et un membre de la direction des ressources humaines pourraient former le trio parfait pour répondre aux besoins changeants des patients et de l'organisation.

Il est intéressant de s'apercevoir que la Pépinière de gestion a été citée plusieurs fois par les participants comme une façon de valoriser leur rôle et d'attirer la relève. Cette stratégie est appropriée avec les recommandations des écrits qui suggèrent de cibler de futures infirmières-chefs pour les aider à cheminer dans leur carrière professionnelle et les aider à développer les habiletés de leadership pour assumer ce rôle dans le futur (McCallin, & Frankson, 2010). La Pépinière de gestion est aussi une façon de connaître et promouvoir le rôle de chef d'unité. Il serait très intéressant d'entreprendre aussi d'autres façons pour faire connaître ce rôle important.

Finalement, il est certain que les conditions de travail sont des éléments très importants dans une optique de valorisation, attraction et rétention des chefs d'unités. Les chefs d'unités ont indiqué certains éléments comme le salaire, les heures supplémentaires, l'horaire et la conciliation travail-famille qui devraient être pris en compte.

## CONCLUSION

En conclusion, le rôle de chef d'unité est très important pour l'organisation et des efforts devront être mis de l'avant pour le reconnaître et le valoriser. Les rencontres effectuées dans le cadre de ce stage ont permis de faire ressortir quelques problématiques et pistes de solution. Cinq recommandations ont été émises soit d'augmenter la visibilité de la haute direction, d'évaluer la charge de travail et déléguer les tâches sans valeur ajoutée, de poursuivre la formation et le développement professionnel des chefs d'unités, d'améliorer les conditions de travail des chefs d'unités et de promouvoir le rôle de chef d'unité au sein de l'organisation. Des interventions pour améliorer le soutien des infirmières-chefs sont essentielles, car elles sont les pierres angulaires de l'organisation de santé et sont la clé du succès (Mathena, 2002).

## RÉFÉRENCES

- American Nurses Association (2009). *Nursing Administration : Scope and Standards of Practice*. Maryland : American Nurses Association.
- Aroian, J. F., Horvath, K. J., Secatore, J. A., Alpert, H., Costa, M. J., Powers, E., & Stengrevics, S. S. (1997). Vision for a Treasured Resource : Part 1, Nurse Manager Role Implementation. *Journal of Nursing Administration*, 27(3), 36-41.
- Assemblée Nationale (2010). *Projet de loi n°100*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS) (2012). *Un taux de roulement alarmant chez les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux*. Québec : AGESSS.

- Brady Germain, P., & Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance : a systematic literature review. *Journal of Nursing Management, 18*, 425-439.
- Hôpital Maisonneuve–Rosemont. (2011). *Ensemble pour soigner, transmettre nos connaissances et en créer de nouvelles. Plan stratégique 2011-2014*. Montréal : HMR.
- Jeans, M. E., & Rowat, K. M. (2004). *Compétences attendues des infirmières gestionnaires*. Ottawa : Canadian Nursing Association.
- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., Brewer, B., Burke, R., Chmielewski, L. & al. (2007). Nurse Manager Support. What Is It? Structures and Practices That Promote It. *Nursing Administration Quarterly, 31*(4), 325-340.
- Laschinger, H.K.S., & Wong, C. (2010). Nurses' Career Aspirations to Management Roles: Identifying the Next Generation of Nursing Leaders. Report for the Office of Nursing Policy. The University of Western Ontario: London, Canada.
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers : a systematic review. *Journal of Nursing Management, 16*, 768-783.
- Mathena, K. A. (2002). Nursing Manager Leadership Skills. *Journal of Nursing Administration, 32*(3), 136-142.
- McCallin, A. M., & Frankson, C. (2010). The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management, 18*, 319-325.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2006). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Québec: Gouvernement du Québec.

## **Appendice J**

Présentation orale au Centre d'excellence en soins infirmiers

## Présentation du stage

Par

**Malgorzata Karna** inf. B. Sc. M. Sc.(c).  
**Isabelle Brault** inf. Ph.D. – directrice de maîtrise  
**Odette Roy** inf. Ph.D. – co-directrice de maîtrise  
**Isabelle Faucher** – personne ressource du milieu

Déjeuner causerie du Centre d'excellence en soins infirmiers de  
 l'HMR

7 juin 2012

Centre  
**Ferasi**

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
 Centre affilié à l'Université de Montréal

Université  
 de Montréal 

## Plan

- But et objectifs de stage
- Méthode
- Cadre de référence
- Partie I: L'infirmière-chef: acteur clé pour assurer la qualité et la sécurité des soins
- Partie II: La valorisation du rôle de chef d'unité
- Conclusion
- Discussion



## But du stage

**Favoriser l'intégration de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins dans le rôle de l'infirmière-chef ayant de 0 à 5 ans d'expérience en gestion.**



## Objectifs de stage

- 1) Proposer des modifications au profil de compétences de l'infirmière-chef de l'HMR pour intégrer les éléments de gestion de la qualité et de la sécurité des soins.
- 2) Comprendre les besoins et le soutien souhaité des infirmières-chefs en lien avec la gestion de la qualité et de la sécurité des soins.
- 3) Proposer une séance de formation en lien avec la qualité et la sécurité des soins pour les infirmières-chefs.



## Méthode

- Rencontres individuelles avec 5 chefs d'unités novices et 5 experts
  - Durée: entre 45 à 90 minutes
  - Pour connaître les besoins et le soutien souhaité
  
- Rencontres avec 3 membres de la direction
  - Durée: 30 minutes
  - Pour connaître leurs visions et leurs opinions

## Cadre de référence: Gouvernance clinique



Modèle de l'HMR basé sur Braine (2006) et Brault, Roy et Denis (2008)

## Partie I

**Infirmière-chef: acteur clé pour assurer la qualité et la sécurité des soins**



## Problématique

- Rapport de l'Institute of Medicine (1999) sur les erreurs médicales.
- Environ **85%** des accidents sont systémiques (MSSS, 2001).
- Loi 113 sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (Talbot, 2005).
- Rapport semestriel des incidents et accidents (Gouvernement du Québec, 2011).

## Problématique

- Les infirmières-chefs sont dans une **position stratégique** pour assurer la qualité et la sécurité des soins, car:
  - Font le lien entre la direction et les employés
  - Influence la satisfaction des infirmières
  - Favorise la création d'un environnement sécuritaire
  - Veille à l'atteinte des objectifs de l'unité et de l'organisation

(ANA, 2009; Kramer, et al., 2007; Lee, & Cummings, 2008; Oroviogicochea, 1996)

## Recension des écrits

### ➤ **Le rôle et les compétences de l'infirmière-chef**

(AONE, 2011; Jeans et Rowat, 2004; McCallin, & Frankson, 2010; Oroviogicochea, 1996)

### ➤ **La qualité et la sécurité des soins**

(Hemman, 2011; Hurlimann, 2001, OMS, 2002; Thompson et al., 2005)

### ➤ **Le rôle de l'infirmière-chef en lien avec la gestion de la qualité et de la sécurité des soins**

(ANA, 2009; Djoumbe, 2008; Feng, et al., 2011; Joint Commission Resources, 2005; Poniatowski, Stanley, & Youngberg, 2005 )

## Les facteurs qui facilitent le rôle de chef d'unité

Chefs d'unités novices (n=5)	Chefs d'unités experts (n=5)
Réunion avec les autres chefs d'unités (n=2)	Soutien des autres secteurs (DRH, DSI, etc.) (n=4)
Chef de programme (n=2)	Climat d'entraide, soutien entre chefs d'unités (n=1)
Moins de pression qu'un autre CH (n=1)	Soutien du supérieur (n=1)
Soutien de la DSI, DRH (n=1)	Projets en cours à HMR (climat de travail, nécessité de certains comités) (n=1)
Soutien du personnel (collaboration) (n=1)	Pépinière de gestion, Relève des cadres (n=1)
Avoir un mentor (n=1)	Mise à jour de ses connaissances (n=1)

## Les facteurs qui entravent le rôle de chef d'unité

Chefs d'unités novices (n=5)	Chefs d'unités experts (n=5)
Surcharge de travail (projets, demandes) (n=2)	Manque de stabilité du personnel (roulement et pénurie) (n=3)
Manque de soutien clinique (pour faire le suivi, intégration de formation) (n=1)	Surcharge de travail (projets, comités) (n=2)
Peu d'espace pour verbaliser (n=1)	Grosse organisation, on tend à standardiser, peu de place à la personnalisation (n=1)
Prise de vacances est difficile (n=1)	Informatique (n=1)
Communication (n=1)	Manque de temps (n=1)
Informatique (n=1)	Manque de soutien clérical (n=1)
Pénurie du personnel (n=1)	Budget (n=1)
Définition des rôles de chacun n'est pas claire (n=1)	



### Les façons pour développer ces compétences

Chefs d'unités novices (n=5)	Chefs d'unités experts (n=5)
Pépinière de gestion et autres formations (n=3)	Coaching, accompagnement, mentorat (n=3)
Se connaître, connaître ses limites (exercices d'introspection) (n=2)	Formations (Pépinière de gestion et autres) (n=3)
Mentorat (n=1)	Cours universitaires (n=1)
Objectifs avec une évaluation annuelle (n=1)	Se référer à quelqu'un pour valider (DRH, collègues) (n=1)
Postes par intérim, chefs d'unité adjoint (n=1)	Essai et erreur (n=1)
Aller voir des gens qui ont des forces et les approprier (n=1)	Recevoir du feedback (n=1)
	Co-développement (n=1)

## Mobilisation de l'équipe

Féliciter et valoriser l'équipe
Impliquer dans les projets, les formations et les audits
Faire preuve d'ouverture, de souplesse et de transparence
Écouter les employés (préoccupations et solutions)
Rencontres d'équipe
Formations aux employés
Présence clinique et coaching de l'équipe

## Communication avec l'équipe

Porte ouverte	50% des participants
Tournées de l'unité ou des cliniques	Varient entre 1 à 2x / semaine jusqu'à chaque jour
Rencontres d'équipe sur les 3 quarts de travail	Varient entre 2 à 3 semaines à 2 fois par année
Rapports interservices	4: assistent toujours 2 : seulement aux rapports AIC 2 : n'assistent pas 2: NA
Rencontres interdisciplinaires	4: assistent toujours 1: pas de rencontres interdisciplinaires 3: aucune mention 2 : NA

## Conclusion

- L'infirmière-chef est un **acteur clé** pour assurer la qualité et la sécurité des soins.
- Les 2 compétences essentielles pour l'infirmière-chef qui débute sont la **communication** et le **leadership mobilisateur**.
- Les infirmières-chefs qui débutent ont besoin de soutien et d'encadrement.

## Partie II

### La valorisation du rôle de chef d'unité à l'HMR



## Problématique

- L'âge moyen des infirmières gestionnaires au Canada = 52 ans.
- Il manquera ≈ 4200 infirmières gestionnaires au Canada d'ici 2022.
- Peu d'infirmières sont intéressées à devenir gestionnaires.
  - Sur 397 infirmières interviewées, 83% ne veulent pas entreprendre une carrière en gestion à cause d'un manque d'intérêt en administration, d'une surcharge de travail et de la difficulté à gérer les conflits interpersonnels.

(Laschinger et Wong, 2010)

## Problématique à l'HMR

- 50% des cadres ont moins de 5 ans de service (HMR, 2011).
- Taux de roulement des cadres = 22%.
- Taux de rétention des chefs d'unités = 75%.
- Plan stratégique de l'HMR 2011-2014
  - Améliorer les conditions de pratique et de soutien pour les cadres (HMR, 2011).



## Résultats

### Des entrevues avec les chefs d'unités



## Les éléments de satisfaction

Chefs d'unités novices (n=5)	Chefs d'unités experts (n=5)
Équipe est complète et capable de donner des soins de qualité (n=3)	Équipe complète, bon climat, employés satisfaits et avec un sourire (n=4)
Arrive à faire ce qui est planifié et a un contrôle sur les activités (n=2)	Répondre aux besoins de patients (n=2)
Sentiment d'avoir accompli quelque chose de concret, d'avoir agi rapidement (n=1)	Qualité et sécurité des soins (n=2)
Rencontres d'équipe pour dire sa vision, les objectifs et ses attentes (n=1)	Lorsqu'on fait une différence (équipe, réseaux, partenariats) (n=1)
Temps de planifier, d'être proactif et créatif (n=1)	Dossiers avancent (n=1)
Variété du rôle (n=1)	Travail en équipe (n=1)
A le soutien nécessaire (n=1)	
Présence sur l'unité pour coacher l'équipe (n=1)	

## Les éléments d'insatisfaction

Chefs d'unités novices (n=5)	Chefs d'unités experts (n=5)
Rencontres et gestion du personnel de défi (n=2)	Équipe incomplète, pénurie du personnel (n=2)
Pas satisfait du rendement du personnel (n=1)	Trop d'interactions (n=1)
Pas assez de personnel (n=1)	Sentiment d'impuissance (n=1)
Insatisfaction de la part des employés (n=1)	Conflits interpersonnels ne se règlent pas (n=1)
Trop d'interactions, accumulation des problèmes (n=1)	Tout est urgent (n=1)
Réunion toute la journée (n=1)	Employés ne sont pas à niveau, n'ont pas répondu aux besoins de patients (n=1)
Sentiment d'être seul (n=1)	Pas de volonté de la part de l'équipe (n=1)
	Quand on ne s'attaque pas aux problèmes et causes réels (n=1)

## Les éléments qui valorisent les chefs d'unités

Chefs d'unités novices (n=5)	Chefs d'unités experts (n=5)
Reconnaisances des employés (n=4)	Employés (n=3)
Chef de programme (n=2)	Patients et familles (n=2)
Offre d'emploi (reconnaissance des compétences) (n=2)	Sollicitation pour les comités à cause de son expertise et son expérience (n=1)
Patients et familles (n=1)	Voir l'évolution de l'unité (n=1)
Voir la qualité des soins et le climat au travail (n=1)	Aime son travail (n=1)
Se valoriser personnellement (n=1)	Supérieur immédiat (n=1)
	Satisfaction de mener à bien un projet (n=1)
	Avoir des résultats (n=1)

## Les façons de valoriser les chefs d'unités davantage à l'HMR

Chefs d'unités novices (n=5)	Chefs d'unités experts (n=5)
Présence de la haute direction sur le terrain (n=2)	Salaire et heures supplémentaires (n=4)
Soutien, enseignement et coaching (n=1)	Se faire connaître plus, valoriser le rôle de chef d'unité (n=3)
Pépinière, Relève des cadres (n=1)	Développement professionnel (n=1)
Plus de reconnaissance (n=1)	Confier des projets (n=1)
Titre de chef d'unité (n=1)	Renforcement du supérieur (n=1)
	Soutien clérical (n=1)
	Pépinière de gestion (n=1)

## Les éléments pour attirer les futurs chefs d'unités

Chefs d'unités novices (n=5)	Chefs d'unités experts (n=5)
Pépinière de gestion (n=2)	Pépinière de gestion ou autres formations (n=3)
Plus de soutien clinique et DRH (n=2)	Soutien clérical (n=2)
Personne ressource (n=2)	Parler du profil de compétence, promouvoir le rôle de chef d'unité (n=2)
Améliorer les conditions de travail (n=1)	Jumelage avec de bons coachs (n=1)
Accueil des chefs d'unité (n=1)	Plan de carrière (n=1)
Perception du chef d'unité (n=1)	Parler des valeurs et de la culture (n=1)
Projets innovateurs (n=1)	Transfert de connaissances (n=1)

## Résultats

Des entrevues avec les 3 membres de la direction



## Les façons que les chefs d'unités peuvent être valorisés

Avoir des objectifs, des attentes claires de la direction et les clarifier

Être capable de dire non pour des demandes irréalistes

Améliorer les conditions de travail

Évaluation de compétence annuelle

Se faire connaître à travers des projets

Équipes soignantes

Supérieur immédiat

DG – DGA (devrait être fait davantage)

## Les moyens pour que les chefs d'unités accomplissent pleinement leur rôle

Enlever le travail sans valeur ajoutée et dégager le plus possible (niveau clérical, déléguer certaines tâches)

Donner du soutien (coaching, co-développement)

Éclaircir le rôle du chef d'unité

Avoir une bonne gestion de temps

Équilibrer la participation dans les comités

Parrainage avec une conseillère en soins infirmiers

Leadership organisationnel (capacité d'être proactif)

## Recommandations

- Augmenter la visibilité de la haute direction.
- Évaluer la charge de travail et déléguer les tâches sans valeur ajoutée.
- Poursuivre la formation et le développement professionnel.
  - Programme d'orientation
  - Coaching et accompagnement formel
  - Guichet unique
  - Soutien clinique (tandem chef d'unité – inf. clinicienne spécialisée)
- Promouvoir le rôle de chef d'unité.
- Améliorer les conditions de travail.

## Conclusion

- Les chefs d'unités sont les pierres angulaires de l'organisation de santé.
- Leur rôle est très important et devrait être valorisé davantage.
- Les chefs d'unités ont besoin de soutien et d'encadrement formel pour réaliser pleinement leur rôle.

## Retombées du stage

- Collaboration innovatrice entre la DSI et la DRH
- Document permanent (profil de compétences)
- Valorisation du rôle de l'infirmière-chef au sein de l'organisation
- Réflexion du rôle de l'infirmière-chef en lien avec la qualité et la sécurité des soins
- Expérience enrichissante
- Ouverture pour les futurs étudiants à la maîtrise en ASI

## Références

- American Nurses Association (2009). *Nursing Administration : Scope and Standards of Practice*. Maryland : ANA.
- American Organization of Nurse Executives (2011). *AONE nurse executive competencies*. Chicago : AONE.
- Djoume, E (2008). Le rôle de l'infirmier-chef de l'unité de soins dans l'amélioration continue de la qualité. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Feng, X.Q., Acord, L., Cheng, Y. J., Zeng, J. H., Song, J. P. (2011). The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review*, 58, 249-254.
- Hemman, E. A. (2011). Meeting Effective Care Measures. Hospital nurses play a central rôle in evaluating data to ensure patient safety and improve quality. *American Journal of Nursing*, 111(12), 54-60.
- Hurlimann, C. (2001). Approche conceptuelle de la qualité des soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 35, 23-28.
- Institute of Medicine (1999). The Err Is Human : Building a safer health system. Document récupéré le 4 avril 2012 de <http://iom.edu/-/media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human>
- Jeans, M. E., & Rowat, K. M. (2004). *Compétences attendues des infirmières gestionnaires*. Ottawa : CNA.
- Joint Commission Resources. (2005). *Issues and Strategies for Nurse Leaders : Meeting Hospital Challenges Today*. Etats-Unis : Joint Commission Resources.

## Références

- Laschinger, H.K.S., & Wong, C. (2010). *Nurses' Career Aspirations to Management Roles: Identifying the Next Generation of Nursing Leaders*. The University of Western Ontario: London, Canada.
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers : a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16, 768-783.
- McCallin, A. M., & Frankson, C. (2010). The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 18, 319-325.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2001). *Rapport du Comité ministériel : La gestion des risques, une priorité pour le réseau*. Québec : MSSS.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Qualité des soins : sécurité des patients*. OMS.
- Oroviogicochea, C. (1996). Clinical nurse manager, a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1273-1280.
- Poniatowski, L., Stanley, S., & Youngberg, B. (2005). Using Information to Empower Nurse Managers to Become Champions for Patient Safety. *Nursing Administration Quarterly*, 29(1), 72-77.
- Talbot, M. (2005). L'erreur est trop humaine : L'obligation de révéler les accidents et incidents médicaux en droit québécois. Document récupéré le 4 avril 2012 de <http://www.afam-maiw.com/misc/media/pdf/chronique/2005/>
- Thompson, P. A., Navarra, M. B., & Antonson, N. (2005). Patient Safety : The Four Domains of Nursing Leadership. *Nursing Economics*, 23(6), 331-333.

Merci pour votre attention !

- Questions?
- Commentaires?

