

Université de Montréal

Influence de la culture organisationnelle et du type de leadership sur la satisfaction au travail des  
infirmières soignantes

Par  
Myriam Ménard

Faculté des sciences infirmières

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

Août 2014

© Myriam Ménard, 2014

Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :  
Influence de la culture organisationnelle et du type de leadership sur la satisfaction au travail des  
infirmières soignantes

Présenté par :  
Myriam Ménard

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Isabelle Brault, inf, Ph. D.  
Présidente du jury

Carl-Ardy Dubois, Ph. D.  
Membre du jury

Damien Contandriopoulos, Ph. D.  
Directeur de recherche

Éric Tchouaket, Ph. D.  
Co-directeur de recherche

## Sommaire

La moyenne pancanadienne des infirmières qui quittent leur emploi dans la première année d'embauche est de 19,9% (O'Brien-Pallas, 2010). Ce taux représente un coût important puisqu'on estime que l'embauche d'une nouvelle infirmière engendre des frais de formation de l'ordre de 30 000\$ (Hayes, 2007). Le présent mémoire repose sur l'idée que le leadership des infirmières chefs et la nature de leurs interventions de gestion jouent un rôle important dans la rétention des infirmières sur les unités ce qui, à son tour, contribue à l'amélioration et au maintien d'un environnement de travail sain qui favorise l'adaptation aux changements organisationnels et opérationnels (Cummings, 2005). Selon une perspective environnementale d'analyse des systèmes organisationnels, cette situation implique que le bon fonctionnement de l'établissement de santé dépend de la capacité à « acquérir et maintenir les ressources », (Pfeffer, 2003 p.2) incluant les ressources humaines.

L'objectif de ce mémoire est d'analyser l'influence de la culture organisationnelle et du type de leadership des infirmières chefs sur deux variables soit l'intention de quitter le poste actuel et la qualité perçue du milieu des infirmières soignantes.

Cette étude quantitative s'appuie sur un devis corrélationnel. Afin d'assurer la représentativité, un échantillonnage probabiliste a été utilisé. Le biostatisticien de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) a fourni les noms et coordonnées de 1000 infirmières qui travaillent sur les unités de soins des quatre hôpitaux ciblés par l'étude.

L'analyse des données a permis d'identifier quatre relations causales. Une relation a ainsi été établie entre la culture organisationnelle et le type de leadership utilisé. Ensuite une relation a été établie entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu. La relation suivante est entre le type de leadership utilisé et la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes. Finalement, l'effet médiateur du leadership résonnant entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu a été démontré. Des suggestions d'améliorations aux niveaux organisationnel et académiques ainsi que des recommandations au niveau de la gestion et de la pratique infirmière découlent de l'analyse des données.

Mots clés : Leadership, Culture organisationnelle, Qualité perçue du milieu

## **Abstract**

The national average of nurses leaving their job in the first year of employment is 19,9% (O'Brien-Pallas, 2010). Those changes represent an important training cost as it is estimated that hiring and orienting a nurse on a unit costs 30 000\$ (Hayes, 2007). This thesis is based on the idea that nurse managers' leadership style and their management interventions are playing an important role in nurse retention. In turn, retention contributes in maintaining and improving a healthy work environment where those conditions facilitate organisational and operational adaptation (Cummings, 2005). From an environmental perspective for analysing organisational systems, this implies that good functioning of health care establishment depends on its capacity of "acquiring and maintaining resources" (Pfeffer, 2003 p.2), which includes human resources.

The goal of the present master's thesis is to analyse the influence of organisational culture and nurse managers' leadership style on bedside nurses' intent to quit actual position and their perceived environment quality.

This quantitative study is based on a correlational design. To ensure representativeness, a probability sampling was used. Biostatistician of the College of Nurses of Quebec (OIIQ) provided the names and addresses of 1,000 nurses working on the wards of four hospitals targeted by the study.

Four major relations were detected after data analysis. The first relation was established between organisational culture and the type of leadership used by nurse managers. Second relation was established between organisational culture and its impact on bedside nurses' perceived environment quality. Third relation was established between the type of leadership used by nurse managers and its impact on bedside nurses' perceived environment quality. Finally, it was demonstrated that resonant leadership acts as a mediator between organisational culture and perceived environment quality. Suggestions for improvements regarding organizational and academic levels and recommendations at the management and nursing practice levels arising from the analysis.

Keywords: Leadership, Organisational culture, perceived environment quality

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Abstract .....	iv
Liste des tableaux .....	vii
Liste des figures .....	viii
Remerciements .....	ix
Chapitre 1 : Problématique .....	2
Chapitre 2 : Recension des écrits .....	4
2.1 Qualité perçue du milieu .....	4
2.1.1 Satisfaction au travail .....	4
2.1.2 Intention de quitter le poste actuel .....	6
2.2 Le leadership .....	8
2.2.1 Intelligence émotionnelle .....	8
2.2.2 Le leadership et ses impacts .....	9
2.2.3 Typologie des types de leadership selon Goleman .....	12
2.3 Culture organisationnelle .....	14
2.4 Modèle théorique .....	16
2.5 Objectif de l'étude .....	17
2.6 Questions de recherche .....	17
Chapitre 3 : Méthodologie .....	18
3.1 Devis .....	18
3.1.1 Validité interne .....	18
3.1.2 Validité externe .....	19
3.2 Milieu et population cible .....	19
3.3 Échantillonnage .....	20
3.3.1 Population à l'étude .....	20
3.3.2 Critères d'inclusion .....	20
3.3.3 Échantillonnage et taille de l'échantillon .....	20
3.4 Collecte de données .....	22
3.4.1 Description des variables étudiées .....	22
3.4.2 Instruments de collecte de données .....	28
3.5 Méthodes d'analyse de données .....	29
3.6 Considérations éthiques .....	32
Chapitre 4 : Présentation des résultats .....	34

4.1 Description de l'échantillon.....	34
4.1.1 Données sociodémographiques.....	35
4.2 Relations entre les variables.....	39
4.2.1 Relation entre le nombre d'années d'expérience infirmière et les données sociodémographiques.....	39
4.2.2 Relations entre la culture organisationnelle et les données sociodémographiques.....	40
4.2.3 Relations entre les types de leadership et les données sociodémographiques.....	41
4.3 Résultats multivariées pour évaluer l'effet médiateur du leadership :.....	44
4.3.1 Résultats des analyses effectuées avec le type de leadership résonnant.....	45
4.3.2 Résultats des analyses effectuées avec le type de leadership mixte.....	49
Chapitre 5 : Discussion.....	53
5.1 Les résultats obtenus.....	53
5.2 Limites et forces de l'étude.....	56
5.3 Recommandations.....	58
5.4 Conclusion.....	60
Références.....	62
Annexes.....	67
Annexe 1 : Lettres de présentation.....	68
Annexe 2 : Consentement.....	71
Annexe 3 : Questionnaires.....	77
Annexe 4 : Tableau d'analyse des types de leadership utilisé par Cummings (2005).....	82
Annexe 5 : Tableaux descriptifs détaillés.....	81
Annexe 6 : Analyses bivariées.....	83

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Description opérationnelle des variables .....	27
Tableau 2 : Description des milieux des répondants .....	37
Tableau 3 : Description des données sociodémographiques.....	38
Tableau 4 : Relations bivariées entre les données sociodémographiques.....	43
Tableau 5 : Culture organisationnelle et leadership (leadership résonnant) de l’infirmière chef, en contrôlant pour les variables sociodémographiques .....	45
Tableau 6 : Le leadership résonnant de l’infirmière-chef en lien avec la qualité perçue du milieu, en contrôlant pour les variables sociodémographiques .....	46
Tableau 7 : Culture organisationnelle, leadership résonnant et qualité perçue du milieu en contrôlant pour les variables sociodémographiques .....	48
Tableau 8 : Culture organisationnelle et leadership de l’infirmière chef (leadership mixte), en contrôlant pour les variables sociodémographiques .....	49
Tableau 9 : Le leadership mixte de l’infirmière-chef en lien avec la qualité perçue du milieu, en contrôlant pour les variables sociodémographiques .....	50
Tableau 10: Culture organisationnelle et qualité perçue du milieu, en contrôlant pour les variables sociodémographiques .....	51
Tableau 11 : Culture organisationnelle et type de leadership mixte de l’infirmière-chef en lien avec la qualité perçue du milieu, en contrôlant pour les variables sociodémographiques ...	52
Tableau 12 : Analyse des types de leadership utilisé par Cummings (2005) .....	79
Tableau 13 : Descriptif détaillé des variables sociodémographiques .....	82
Tableau 14 : Relations entre la culture, le leadership et les données sociodémographiques.....	84
Tableau 15 : Relation entre la culture organisationnelle et le leadership (V.I.) .....	85
Tableau 16 : Relations entre les V.I. et qualité perçue du milieu puis intention de quitter .....	85
Tableau 17 : Relations entre l’intention de quitter et la qualité perçue du milieu et les données sociodémographiques.....	85

**Liste des figures**

Figure 1 : Modèle théorique.....	16
Figure 2 : Modèles analysés.....	31



## Remerciements

La rédaction est un moment bien solitaire. Cependant, tout le processus, de l'ébauche à la réalisation, nécessite la présence et le soutien de plusieurs personnes.

Merci aux infirmières, amies et collègues qui m'ont parlé des problèmes rencontrés sur leurs unités respectives et d'expériences vécues auprès des patients. Vous avez été les instigatrices de ce projet.

La rédaction d'un mémoire de maîtrise requiert un encadrement et un soutien dans l'apprentissage. Merci à mon directeur, Monsieur Damien Contandriopoulos. Sans tes conseils, recommandations et nos échanges, rien de ce qui suit n'aurait été possible. Merci à Éric Tchouaket de t'être joint à notre équipe à titre de co-directeur. Merci d'avoir supervisé les analyses statistiques et de t'être assuré de ma compréhension des processus statistiques. Vos connaissances et expertises particulières m'ont grandement encouragé et motivé.

Merci à l'OIIQ de m'avoir fourni la liste des infirmières pouvant être contactées dans le cadre d'une étude scientifique selon des critères précis et ce, à un prix modique.

Merci au Réseau de Recherche en Interventions en Sciences Infirmières du Québec (RRISIQ) pour son soutien financier.

Finalement, merci à mon mari pour son soutien, sa compréhension et ses encouragements. Ta présence m'a permis de persévérer et d'atteindre mes objectifs. Une réussite ne se fait jamais seule, merci de m'avoir accompagnée.





## Chapitre 1 : Problématique

Les nombreuses possibilités d'emplois actuellement disponibles pour les infirmières sont un avantage pour ces professionnelles. Elles permettent aux infirmières d'occuper un poste qu'elles apprécient et offrent la possibilité de changer d'occupation lorsque des situations problématiques, ou simplement le désir de changement, surviennent. Mais, du point de vue des établissements, ces changements fréquents signifient potentiellement un faible taux de rétention et occasionnent des coûts de formation substantiels. Cette situation entraîne la nécessité pour les milieux de convaincre les infirmières de demeurer en poste. Le présent projet repose sur l'idée que le leadership des infirmières-chefs et la nature de leurs interventions de gestion jouent un rôle important dans la rétention des infirmières sur les unités ce qui, à son tour, contribue à l'amélioration et au maintien d'un environnement de travail sain où les conditions favorisent l'adaptation aux changements organisationnels et opérationnels (Cummings, 2005).

La moyenne pancanadienne des infirmières qui quittent leur emploi dans la première année d'embauche est de 19,9% (O'Brien-Pallas, 2010). Ces changements fréquents représentent un coût important puisqu'on estime que l'embauche d'une nouvelle infirmière engendre des frais de formation de l'ordre de 30 000\$ (Hayes, 2007). La nécessité d'atteindre un taux de rétention élevé s'explique donc par des facteurs économiques, mais aussi par la volonté d'améliorer l'environnement de travail et la qualité des soins. En effet, le manque de stabilité du personnel infirmier sur une unité est lié à l'occurrence d'erreurs médicales, à la présence d'un environnement de travail malsain, à des demandes de temps supplémentaires et à une diminution de la satisfaction au travail (O'Brien-Pallas, 2010a et Hayes et al, 2006). Ce phénomène alimente les changements de personnel infirmier et les problèmes liés au manque d'infirmières soignantes. Selon une perspective environnementale d'analyse des systèmes organisationnels, cette situation implique que le bon fonctionnement de l'établissement de santé dépend de la capacité à « acquérir et maintenir les ressources » (Pfeffer, 2003 p.2), incluant les ressources humaines.

La nature de l'environnement de travail est décrit comme l'élément ayant le plus d'impact sur l'intention de quitter (Lavoie-Tremblay et al, 2010 ; Hayes et al 2006). Selon Hayes et al (2006) et Lavoie-Tremblay et al (2010), la satisfaction au travail influence l'intention de quitter le poste actuel. Aussi, Hellman (1997) a identifié l'insatisfaction au travail comme un élément prédictif

important de l'intention de quitter. Une fois l'intention de quitter établie, il semble difficile d'empêcher l'infirmière de quitter son poste.

Par ailleurs, selon plusieurs auteurs (Cummings, 2005; Goleman, Boyatzis et McKee, 2002), le style de leadership et l'intelligence émotionnelle des infirmières chefs ont un impact majeur sur la qualité de vie au travail, la motivation des infirmières soignantes et leur rétention. L'infirmière-chef a donc un rôle primordial pour favoriser un environnement de travail satisfaisant pour les infirmières soignantes. Par son style de leadership, la gestionnaire peut influencer positivement ou négativement le milieu (Cummings, 2005). Les travaux de Cummings (2005) sur la question s'inspirent de la théorie élaborée par Goleman, Boyatzis et McKee (2002) qui présente le style de leadership du gestionnaire sur un continuum allant du plus désirable (résonnant) au moins désirable (dissonant). La culture organisationnelle est décrite par Cameron et Quinn (2006) comme constituant l'identité de l'organisation. Toujours selon eux, celle-ci confère aux employés y œuvrant, des lignes directrices implicites sur le fonctionnement et la philosophie de l'établissement.

La présente étude est une analyse des interrelations entre la culture organisationnelle, le style de leadership des infirmières-chefs, la qualité perçue du milieu ainsi que l'intention de quitter son poste chez les infirmières soignantes.

Tel que décrit précédemment, notre étude vise à analyser quantitativement l'interdépendance entre ces différents concepts. Nos hypothèses sont les suivantes : 1) La culture organisationnelle influence le type de leadership utilisé par l'infirmière-chef; 2) Le type de leadership utilisé par l'infirmière-chef influence l'intention de quitter le poste actuel et la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes; 3) La culture organisationnelle influence l'intention de quitter le poste actuel et la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes.

## **Chapitre 2 : Recension des écrits**

Un des points de départ de ce travail est l'hypothèse que l'environnement dans lequel évoluent les infirmières a un impact sur la rétention du personnel infirmier ainsi que sur la qualité des soins prodigués (McGillis Hall et al 2001). Un milieu de travail adéquat permet d'augmenter le taux de rétention des infirmières et par le fait même est susceptible d'améliorer la satisfaction des patients relativement à la prestation de leurs soins (Vahey et al, 2004). Le faible taux de rétention du personnel infirmier, la fatigue de celui-ci ainsi que le stress physique et mental vécu diminuent la capacité d'adaptation des infirmières à une situation (Lowe, 2002). Toujours selon Lowe (2002), une pression accrue sur le personnel infirmier entraîne une diminution du niveau de soins et de la qualité des soins rendus à la population.

La présente section est divisée en trois parties : la qualité perçue du milieu, le leadership puis la culture organisationnelle.

### **2.1 Qualité perçue du milieu**

Le présent projet étudie la qualité perçue du milieu qui regroupe tous les aspects de la satisfaction au travail, sans approfondir les différents aspects la composant. L'intention de quitter le poste actuel est incluse dans cette section en raison de sa relation avec la qualité perçue du milieu.

#### **2.1.1 Satisfaction au travail**

Une étude faite auprès d'infirmières floridiennes nouvellement graduées indique que l'environnement de travail est le principal élément pouvant influencer la satisfaction au travail et l'intention de quitter. Par environnement de travail, Unruh (2011) précise que le nombre de patients à charge, les heures travaillées par semaine et la satisfaction en regard de l'orientation reçue sont les éléments ayant le plus d'influence. Toujours selon cette étude, le nombre de patients à charge et le nombre d'heures travaillées sont inversement proportionnels à la satisfaction en regard de l'environnement de travail.

La satisfaction au travail est influencée par plusieurs éléments tels que : la satisfaction en lien avec la rémunération et les avantages sociaux, notamment la sécurité d'emploi, la nature des

relations intra et interprofessionnelles, la santé émotionnelle, la satisfaction liée à la dispensation de soins aux patients et au sentiment du devoir accompli, l'autonomie et l'étendue de pratique ainsi que le type de poste occupé (temps complet ou partiel, nuit ou jour, etc.) (Cummins, 2005). Tallman (2005), Stordeur (2006) et Lavoie-Tremblay et al (2010), établissent un lien négatif entre la satisfaction au travail et l'intention de quitter le poste actuel indiquant que plus l'intention de quitter le poste est élevée, moins l'infirmière se dit satisfaite de son milieu de travail. Dans le cadre de sa revue de littérature, Hayes et al (2006) identifient plusieurs études qui ont établi un lien entre la satisfaction au travail et l'intention de quitter le poste actuel (Lum et al. 1998; Tzeng, 2002; Shields & Ward, 2001).

Les caractéristiques internes des milieux ne sont pas les seules qui soient importantes. Par exemple, Stordeur (2006) suggère que l'emplacement de l'établissement de santé peut influencer l'intention de quitter le poste actuel. L'étude fait mention qu'un hôpital situé en région urbaine présente davantage de postes disponibles qu'un établissement en région rural. Ceci contribuerait à favoriser la mobilité des infirmières.

Plusieurs des facteurs explicatifs se trouvent également au niveau individuel. Cependant, les études recensées ayant recherché un lien entre le niveau de formation, l'âge des infirmières et leur niveau de satisfaction au travail montrent des résultats contradictoires. Par exemple, Hayes et al. (2006), ont trouvé que: « Low job satisfaction was concentrated in young, newly qualified and highly educated nurses » (p240). Boudrias (2012) relève également que les professionnels de la santé jeunes, éduqués et non-mariés présentent un niveau de cynisme plus élevé en regard des demandes et du milieu de travail. Contrairement aux études citées précédemment, une recherche en regard de la satisfaction au travail des infirmières faite auprès d'infirmières en Californie (Tellez, 2012), indique que les infirmières plus scolarisées et ayant une charge de patients plus faible sont davantage satisfaites que leurs consœurs moins scolarisées et ayant davantage de patients à leur charge. Parallèlement, les infirmières comptant de nombreuses années d'expérience, dont la retraite approche et qui sont moins scolarisées, se sont dites moins satisfaites de leur milieu de travail. Suite à cette étude, Tellez (2012) suggère la mise en place d'outils en milieu de travail favorisant l'éducation continue afin d'améliorer la satisfaction au travail ainsi que la rétention des infirmières.

Wade et al. (2008) indique pour sa part que la satisfaction au travail des infirmières soignantes est partiellement expliquée par la perception de la possibilité d'offrir des soins de qualité, les

habiletés et le soutien offert par l'infirmière-chef, un effectif infirmier adéquat sur l'unité et un travail d'équipe infirmière-médecin satisfaisant. Toujours selon Wade et al. (2008), les facteurs ayant le plus d'impact sur la satisfaction au travail sont les habiletés et le soutien offert par l'infirmière-chef ainsi qu'un effectif infirmier suffisant sur l'unité.

Il est ainsi généralement admis que la satisfaction en lien avec l'environnement de travail a un impact majeur sur la rétention des infirmières soignantes, leur motivation à rester à l'emploi de ladite unité et sur la qualité des soins prodigués aux patients (Cummings, 2005; Goleman, Boyatzis, McKee, 2002; Lavoie-Tremblay et al, 2010; Stordeur, 2006; Tourangeau et al, 2009). Par ailleurs, plusieurs études montrent que la « satisfaction des infirmières est hautement reliée à la satisfaction des patients » (Harter, Schmidt, & Hayes, 2002, tiré de Zori et al. 2010 p 306). Lacey (2009) et Wells (2011), suggèrent qu'un meilleur accompagnement des infirmières soignantes par les gestionnaires améliore le taux de rétention; qui pour sa part a une influence positive sur la diminution de la charge de travail et la satisfaction au travail. Wells (2011) indique également qu'une collaboration collégiale entre l'infirmière-chef et les infirmières de l'unité de soins permet de revoir les procédures de soins, d'améliorer la satisfaction au travail et d'augmenter la qualité des soins prodigués aux patients.

Boudrias (2012) indique dans son étude, conduite auprès du personnel infirmier de la région de Québec, qu'un gestionnaire pouvant encourager et participer au développement de la confiance des employés envers leur propre compétence, autonomie et raison d'être qu'il nomme : « psychological empowerment » (p.2) permettra une meilleure capacité d'adaptation aux changements et demandes du milieu. Cette capacité d'adaptation aux changements est décrite comme un facteur préventif du burnout (Lashinger et al., 2006).

### **2.1.2 Intention de quitter le poste actuel**

L'intention de demeurer en poste et l'intention de quitter le poste actuel sont fondamentalement deux formulations du même concept qui sont utilisées de façon interchangeable dans la littérature.

Plusieurs auteurs établissent un lien entre la vision du gestionnaire et l'intention de demeurer en poste (Tallman, 2005; Tourangeau et al, 2010). L'étude de Tallman (2005) ne permet pas d'établir un lien causal mais suggère une relation entre le gestionnaire et la satisfaction au travail ainsi qu'un lien entre la satisfaction au travail et l'intention de demeurer en poste. Selon l'auteur,



l'absence d'identification d'un lien causal provient de la possibilité d'une inversion du sens des relations dans la rédaction des hypothèses.

Leiter & Maslach (2009), établissent un lien entre le continuum de l'épuisement professionnel (l'engagement versus la charge de travail et le cynisme) et l'intention de quitter le poste actuel. L'étude établit une relation entre l'épuisement professionnel et l'intention de quitter le poste actuel.

Tourangeau et al. (2010) ont réalisé une étude descriptive par le biais de « focus groups » auprès d'infirmières où les déterminants pouvant mener à l'intention de quitter le poste actuel ont été abordés. Selon cette étude, plusieurs caractéristiques semblent avoir un impact sur la rétention des infirmières et leur désir de demeurer en poste. La relation avec les pairs est parmi les caractéristiques ayant le plus d'influence sur l'intention de demeurer en poste. Cette relation s'étend du travail d'équipe infirmier à la relation avec les médecins et autres professionnels de la santé œuvrant sur l'unité. Le respect et la facilité de communication sont perçus comme primordiaux par les infirmières participantes, ces caractéristiques du milieu sont toutes possiblement corrélées avec la culture organisationnelle. La relation avec le gestionnaire ainsi que sa présence et ses compétences ont une influence sur le désir de demeurer en poste. La citation suivante décrit bien les qualités souhaitées chez les gestionnaires par les infirmières soignantes : « They described their expectations that managers be fair, respectful, supportive and have strong interpersonal skills. » (Tourangeau et al, 2010, p.27).

Gullatte (2005) indique que l'insatisfaction au travail est l'élément le plus fréquemment mentionné par les infirmières ayant l'intention de quitter le poste actuel. L'auteur cite Bratte (2000) afin de préciser deux éléments prioritaires de la satisfaction au travail que sont le stress relié au milieu de travail et le type de leadership de l'infirmière-chef.

## **2.2 Le leadership**

Le leadership est décrit ici sous plusieurs aspects. D'abord, selon l'intelligence émotionnelle, en particulier les recherches de Goleman, afin de bien décrire les concepts théoriques qui ont influencé la littérature sur le leadership. Ensuite, les impacts du leadership sur la satisfaction au travail et la rétention infirmière sont présentés. Finalement, la typologie des types de leadership selon Goleman est détaillée.

### **2.2.1 Intelligence émotionnelle**

L'intelligence émotionnelle est présentée en détails ici afin de permettre une compréhension adéquate de ce principe et une appréciation du leadership qui sera décrit ensuite.

Le cadre théorique du présent travail, qui est présenté plus loin, repose largement sur le concept d'intelligence émotionnelle développé par Goleman (2005) et intégré dans le style de leadership par Cummings (2005). La typologie des styles de leadership utilisés (résonnant, mixte et dissonant) est ainsi fondée sur le niveau d'intelligence émotionnelle sur lesquels ils reposent. Ces styles se positionnent sur un continuum du plus désirable (résonnant) au moins désirable (dissonant). Ils sont détaillés plus loin dans le présent chapitre.

Goleman (2005) décrit l'intelligence émotionnelle selon les aspects suivants : « conscience de soi, gestion de soi, intelligence interpersonnelle et la gestion des relations » (p.50). La conscience de soi est définie comme étant une « connaissance approfondie de ses propres émotions – et de ses forces et limites- ainsi que de ses propres valeurs et motivations » (p. 61). Les gestionnaires possédant cette caractéristique sont posés et n'agissent pas sous l'impulsion. La gestion de soi est directement liée à la conscience de soi. Comme le dit Goleman (2005, p. 67) « Si nous ne sommes pas conscients de ce que nous éprouvons, nous sommes incapables de gérer ses sentiments ». Cette capacité à gérer ses émotions permet au gestionnaire de s'adapter au changement et d'intervenir auprès des émotions des professionnels qui l'entourent. L'intelligence interpersonnelle se traduit par l'empathie (Goleman, 2005). Cet aspect permet au gestionnaire d'adapter son discours et sa façon de le présenter à l'état de son interlocuteur. Ce faisant, la réceptivité au sujet abordé est améliorée et la cohésion au sein de l'équipe, encouragée. La gestion des relations permet quant à elle la gestion de conflit, aide à convaincre

les gens du bien fondé des demandes et encourage le travail d'équipe (Goleman, 2005). Cet aspect permet entre autre d'encourager le travail de type collégial plutôt qu'autocrate et stimule donc la communication et le travail d'équipe (Cummings, 2005). La conscience de soi et la gestion de soi permettent une compréhension et une gestion des émotions vécues par la gestionnaire alors que l'intelligence interpersonnelle et la gestion des relations permettent le développement et la gestion des relations avec autrui (Cummings, 2005).

Goleman (2005) décrit le leader résonnant comme étant apte à encourager le travail d'équipe et l'implication des gens sous sa direction. Un leadership résonnant permet à une équipe de soins d'atteindre des objectifs pouvant sembler hors d'atteinte (Cummings, 2005). Un leadership résonnant permet de donner une orientation au travail et encourage l'investissement de soi (George, 2000). La modification de l'orientation du travail peut aller jusqu'à améliorer l'efficacité des professionnels et l'organisation du milieu de travail (George, 2000). À l'inverse, un leader dissonant « décourage les gens, les épuise ou les conduit à la démission » (Goleman, 2005, p.41). Il est entendu qu'un gestionnaire utilise plusieurs types de leadership mais que l'un d'entre eux est habituellement davantage présent.

### **2.2.2 Le leadership et ses impacts**

Tel que mentionné précédemment, le type de leadership peut influencer la satisfaction au travail ainsi que plusieurs aspects reliés à la rétention des infirmières. Ce concept sera décrit ici.

Plusieurs études (Hayes et al, 2006; Cummings, 2005; Goleman, 2005; George, 2000; Lavoie-Tremblay et al, 2010) évoquent une relation entre le type de leadership des infirmières chefs et l'intention de quitter le poste actuel des infirmières soignantes.

Selon les résultats de Brown (2007), les types de leadership peuvent avoir une influence sur la rétention des infirmières soignantes et leur satisfaction au travail. Les méthodes de communication ainsi que l'ouverture de l'infirmière chef ont aussi un effet direct sur la satisfaction au travail des infirmières. Ces caractéristiques influencent la capacité des infirmières à élaborer et appliquer des stratégies d'adaptation aux changements opérationnels et organisationnels (Brown, 2007) qui peuvent favoriser la rétention.

Dans son étude, Cummings (2005) conçoit la satisfaction face à la supervision reçue comme un des déterminants de la satisfaction au travail. Toujours selon cette étude, la satisfaction face à la

supervision reçue semble influencée par la collaboration infirmière, la satisfaction avec le temps alloué aux soins auprès du patient ainsi qu'avec le niveau d'autonomie. La satisfaction face à la supervision reçue est également expliquée par le niveau d'intelligence émotionnelle du superviseur. Le présent travail reprend plusieurs éléments de cette étude.

McCallin & Bamford (2007) ont étudié l'impact de l'intelligence émotionnelle décrite par Goleman, Boyatzis et McKee (2002) sur les équipes interdisciplinaires et la rétention des professionnels. L'intelligence émotionnelle est caractérisée par l'utilisation concomitante des différents points la constituant soit: « la conscience de soi, la gestion de soi, l'intelligence interpersonnelle et la gestion des relations » (Goleman, 2005, p50) et nous y revenons plus en détail dans la prochaine section. Selon leur étude, les membres d'équipes interdisciplinaires valorisent davantage les connaissances et le savoir-faire au détriment de l'intelligence émotionnelle en raison de la plus grande reconnaissance accordée à l'expertise clinique. Cette situation a pour effet que les membres de l'équipe se préoccupent relativement peu des problèmes liés à leur fonctionnement en tant que groupe. Les possibles manquements à la communication peuvent avoir comme conséquence une plus grande insatisfaction au travail et ultimement un plus faible taux de rétention des infirmières et des autres professionnels (McCallin & Bamford, 2007). Le départ de professionnels spécialisés dans le domaine entraîne une perte des savoirs tacites, une diminution dans les capacités d'analyse et de résolution de problème ainsi qu'une surcharge de travail pour les membres restants ce qui engendre une diminution de la qualité des soins. La dichotomie entre l'expertise souhaitée par l'équipe interdisciplinaire et la capacité à utiliser l'intelligence émotionnelle afin de régler des conflits au sein de l'équipe ne permet pas le développement professionnel ni l'atteinte de soins optimaux. Toujours selon McCallin & Bamford (2007), la communication au sein de l'équipe ainsi que la gestion de conflit doivent être favorisées par le gestionnaire. L'intelligence émotionnelle du gestionnaire prend une importance prépondérante en encourageant l'accomplissement professionnel et l'amélioration des pratiques par une mobilisation accrue des infirmières soignantes (Goleman, 1998).

Plusieurs études (Aiken & Patrician, 2000; Aiken et al., 2001, Ulrich et al., 2005) suggèrent des caractéristiques associées au leadership des infirmières ayant un effet marqué sur l'intention de quitter le poste actuel par les infirmières soignantes : disponibilité et visibilité; perception par les infirmières d'un bon leadership par le gestionnaire; élaboration et application d'horaires de

travail flexibles; collégialité du leadership; encouragement et reconnaissance des actions et efforts infirmiers. Bien qu'elles ne décrivent pas précisément les types de leadership, ces caractéristiques entrent dans la description du leadership résonnant tel que décrit ci-après. Duffield (2010) a également étudié l'impact des cinq facteurs indiqués ci-haut sur l'intention de quitter le poste actuel et la satisfaction au travail des infirmières de l'unité. Les résultats de cette étude démontrent que tous les facteurs étudiés influencent positivement la satisfaction au travail des infirmières. L'encouragement et la reconnaissance des actions et des efforts infirmiers ainsi que la perception par les infirmières d'un bon leadership étaient les deux facteurs ayant de l'influence sur l'intention de quitter le poste actuel.

Une revue de littérature réalisée sur 23 études portant sur la relation existant entre le leadership de l'infirmière-chef et l'intention de demeurer en poste des infirmières soignantes (Cowden & all., 2011) indique une influence positive entre les 2 variables. Le type de leadership étudié comprend la « perception des infirmières soignantes, le soutien offert aux infirmières, la reconnaissance et l'encouragement de la contribution infirmière, la promotion de l'esprit d'équipe et la façon d'arriver à une décision » (traduction libre par l'étudiante, p.471).

Une seule étude (Tourangeau et al., 2010) indiquant que les méthodes utilisées par les gestionnaires n'influencent pas l'intention de quitter le milieu de travail ni la satisfaction au travail a été recensée. Cette étude a été faite auprès d'infirmières et d'infirmières auxiliaires Ontariennes oeuvrant en soins de longue durée. Cependant, contrairement aux autres études recensées, la population étudiée est l'infirmière auxiliaire plutôt que l'infirmière et l'étude s'est tenue en soins de longue durée comparativement aux soins aigus en milieu hospitalier.

### 2.2.3 Typologie des types de leadership selon Goleman

La présente étude utilise les types de leadership décrits par Goleman. Les types de leadership mentionnés précédemment regroupent plusieurs sous-catégories que nous décrivons ici. Ces sous-catégories ont été utilisées dans le cadre de l'analyse des données afin d'attribuer le type de leadership (résonnant, dissonant ou mixte) au gestionnaire à partir des questionnaires complétés. Les sous-types sont donc expliqués ici afin de favoriser la compréhension du processus analytique.

Le leadership résonnant regroupe les modèles de gestion suivants : visionnaire, coaching, affiliatif et démocratique.

Selon Goleman, Boyatzis et McKee (2002), le gestionnaire visionnaire se considère comme étant l'expert et établit les objectifs à atteindre. Il encourage ensuite la participation des membres de l'équipe dans l'élaboration des moyens menant à l'atteinte desdits objectifs. Ce type de gestion est reconnu comme le plus motivateur en encourageant la participation, l'initiative et l'implication de chacun (Goleman, 2000).

Selon Goleman, Boyatzis et McKee (2002), le gestionnaire exerçant un leadership de « coaching » met l'emphase sur le développement professionnel et personnel des membres de l'équipe. Il encourage l'établissement à long terme des objectifs de carrière propres à chacun ainsi que des limites à travailler et des forces à conserver afin d'atteindre ceux-ci (Goleman, 2000). Toujours selon Goleman (2000), ce style de leadership encourage la motivation et la loyauté envers l'organisation ainsi qu'un sentiment d'importance de l'employé.

Le leader affiliatif encourage avant tout le travail d'équipe. Il est reconnu pour ses qualités de communicateur ainsi que la fréquence du « feedback » positif fait aux employés (Goleman, Boyatzis et McKee 2002). En mettant les individus au premier plan, ce type de leadership encourage la loyauté et la communication des employés. Il est particulièrement utile lorsque la confiance envers le gestionnaire doit être rétablie ou lors de situations nécessitant une amélioration de la communication et du travail d'équipe (Goleman, 2000).

Selon Goleman, Boyatzis et McKee (2002), le gestionnaire démocratique utilise davantage la communication au sein de son équipe que les autres types de leader. Les employés sont intégrés à la prise de décision par le moyen de votes. Ce type de leadership permet une implication du groupe, améliore la motivation et encourage le sentiment d'appartenance à l'organisation.

Cependant, la prise de décision peut être retardée car tous les partis doivent être suffisamment informés afin de prendre une décision éclairée (Goleman, 2000).

Le leadership dissonant comporte deux sous-catégories: commandant et exigeant.

Dans le type de leadership dit commandant, le leader est autoritaire et exige une exécution immédiate des ordres accompagnée de résultats (Goleman, Boyatzis et McKee, 2002). Ce style de leadership ne permet pas l'apport d'idées novatrices par les subordonnés. À moyen et long terme, il a pour effet de décourager le sens de l'initiative et la responsabilisation des employés (Goleman, 2000). Selon Goleman (2000) et Goleman, Boyatzis et McKee (2002), le leader exigeant impose un travail très rapide et efficace et en fait lui-même la démonstration. La pression exercée par ce gestionnaire pour atteindre rapidement l'excellence contribue au découragement des employés et appauvrit le climat de travail. Cependant, quelques situations peuvent bénéficier de l'utilisation de ce mode gestion : lors d'une catastrophe ou d'une urgence où une coordination des effectifs doit avoir lieu ainsi que lors du remaniement d'une compagnie en déclin où un changement d'orientation rapide est nécessaire (Goleman, 2000).

Cummings (2005), ajoute le type de leadership mixte. Ce type de leadership regroupe les gestionnaires présentant à la fois des traits marqués des leaderships résonnant et dissonant et ne pouvant être classifiés spécifiquement dans l'une ou l'autre des catégories.

### 2.3 Culture organisationnelle

Le concept de culture organisationnelle est une application du concept ethnologique plus large de culture à l'intérieur des frontières d'une organisation. Joann Keyton (2011) décrit la culture organisationnelle comme « the set of artifacts, values and assumptions that emerge from the interactions of organizational members » (p. 1). Le développement de cette idée découle en grande partie d'analyses portant sur les causes de la montée en puissance du secteur industriel japonais dans les années 1970. Ces analyses ont suggéré que le comportement des employés d'une organisation pouvait être profondément structuré par les normes et les valeurs qui caractérisent l'organisation. Même s'il est très difficile d'agir instrumentalement sur la culture organisationnelle, l'idée qu'elle se bâtit et se modifie au fil du temps selon les défis rencontrés en tant qu'organisation fait consensus. (Cameron & Quinn, 2006; Keyton, 2011). La culture organisationnelle propre à chaque établissement engendre une façon d'agir typique, un mode de pensée particulier de tout individu œuvrant au sein d'une même organisation (Schein, 2010; Keyton, 2011). Le présent travail adopte l'hypothèse, souvent mise de l'avant dans la littérature en gestion, que la culture organisationnelle est un déterminant important du fonctionnement des organisations. Plus spécifiquement, nous posons l'hypothèse que la culture organisationnelle peut influencer le style de leadership des infirmières gestionnaires.

Mais s'il existe un consensus que la culture organisationnelle est un facteur important, il s'agit aussi d'un concept qui est extrêmement difficile à opérationnaliser et à mesurer. Étant donné l'objectif du présent travail nous avons décidé de ne pas mesurer la culture mais plutôt d'attribuer à chaque établissement une même culture opérationnalisée sous la forme d'une variable catégorielle.

Au Québec, la ville de Montréal a la particularité de posséder des hôpitaux dits anglophones et francophones. Découlant des mêmes lignes directrices gouvernementales et ministérielles sans égard à la langue de travail, les structures des hôpitaux, le cadre législatif, la taille des établissements, les clientèles et le financement sont similaires. La culture des hôpitaux dits anglophones et francophones est par contre régulièrement identifiée comme étant différente par la population et les professionnels de la santé. La langue utilisée au travail a été utilisée afin d'élaborer l'échantillon à l'étude. Le présent document fait référence à la langue de travail lorsqu'il utilise le terme culture organisationnelle.



Toutefois, il existe un consensus net parmi les travailleurs du milieu de la santé que les hôpitaux montréalais ont une série de caractéristiques particulières et une culture qui est clairement liée à leur lien universitaire et à la langue d'usage. À ce sujet, les données anecdotiques abondent mais il n'existe que peu ou pas de données robustes. Il nous a donc semblé important de prendre cette réalité en compte dans notre échantillonnage.

Une particularité peut d'ailleurs être notée dans l'histoire des hôpitaux composant les deux cultures organisationnelles et laisse présager certaines caractéristiques particulières en regard de la culture des établissements. L'un a été fondé par des œuvres catholiques (CHUM, 2012a,b,c) et l'autre par des philanthropes ou donateurs privés (APESQ, 2010a,b,c). Bien qu'aucune littérature n'ait été recensée concernant les influences possibles des fondateurs sur la culture organisationnelle, il est tout de même légitime de se questionner sur cet aspect.

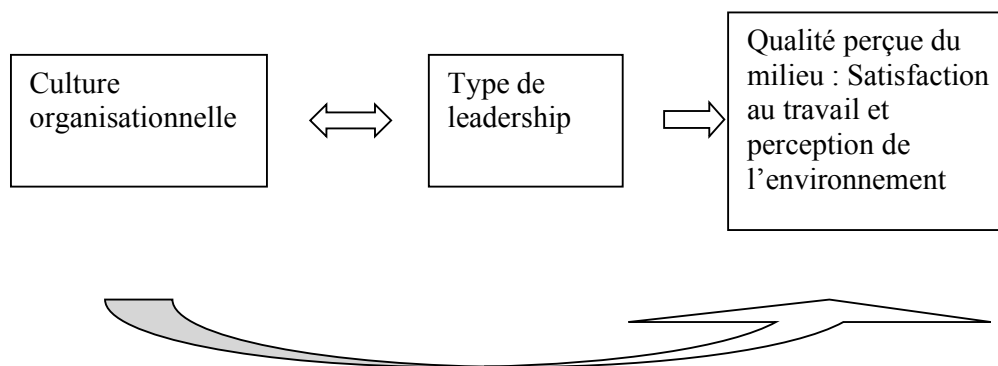
En résumé, les études recensées précédemment permettent de spéculer sur la présence de liens entre le type de leadership et la qualité perçue du milieu. Le type de leadership résonnant semble être celui qui induirait une meilleure satisfaction des infirmières soignantes (Cummings, 2005). Les études de Goleman permettent quand à elles de mieux comprendre l'importance du leadership exercé par l'infirmière-chef sur la rétention infirmière et la qualité perçue de leur milieu. Finalement nous soulevons l'hypothèse que la culture organisationnelle influence potentiellement le type de leadership utilisé par l'infirmière-chef et la qualité perçue du milieu de travail des infirmières soignantes.

## 2.4 Modèle théorique

Le modèle théorique, voir la figure 1 ci-bas, utilisé ici est très largement inspiré de l'étude de Cummings (2005) portant sur l'influence du type de leadership du gestionnaire sur la satisfaction au travail, la rétention et l'adaptation aux changements organisationnels des infirmières soignantes albertaines. Cette étude a été menée suite à la réorganisation des soins en raison de la fermeture de plusieurs hôpitaux ainsi que des mises à pieds et à la retraite de nombreuses infirmières.

La contribution du présent travail est d'une part de valider par réplication les résultats de Cummings et, d'autre part, d'ajouter l'influence de la culture organisationnelle à la recherche. L'étude de Cummings (2005) a été menée en Alberta, dans un système de santé similaire à celui du Québec. Toutefois, la présence à Montréal d'établissements à la fois anglophones et francophones avec des cultures organisationnelles qui semblent, à priori, fort différentes permet de bonifier le modèle de Cummings. Les instruments de collecte, tels que présentés plus loin sont utilisés avec l'autorisation de l'auteure.

Figure 1 : Modèle théorique



## **2.5 Objectif de l'étude**

L'objectif de ce mémoire est d'analyser l'influence de la culture organisationnelle et du type de leadership des infirmières chefs sur deux variables soit l'intention de quitter le poste actuel et la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes. La qualité perçue du milieu intègre à la fois la satisfaction au travail et la qualité de l'environnement de travail. Dans le cadre de la présente étude, l'infirmière soignante est définie comme toute infirmière membre de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) occupant un poste auprès du patient; sans égard à sa scolarité, à son horaire de travail ou à l'unité de soins sur lequel elle pratique.

## **2.6 Questions de recherche**

Pour atteindre les objectifs visés nous répondrons à quatre questions de recherche spécifiques:

- 1) Quelle est l'influence de la culture organisationnelle sur le type de leadership utilisé par les infirmières chefs?
- 2) Quelle est l'influence du type de leadership des infirmières chefs sur a) l'intention de quitter le poste actuel et b) la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes?
- 3) Quelle est l'influence de la culture organisationnelle sur a) l'intention de quitter le poste actuel et b) la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes?
- 4) Le type de leadership agit-il comme médiateur entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes?

## **Chapitre 3 : Méthodologie**

Ce chapitre fait état du devis de recherche, des instruments de collecte de données, de la population, de la méthode de collecte et d'analyse ainsi que des stratégies utilisées afin d'assurer la validité des résultats obtenus. Les considérations éthiques y sont également décrites.

### **3.1 Devis**

Afin de répondre aux questions de recherche, cette étude quantitative s'appuie sur un devis corrélationnel qui permet « d'explorer des relations entre des variables » (Fortin, 2006, p.176) par le biais de diverses analyses statistiques décrites ultérieurement.

La validité interne et externe de ce devis est basée sur les critères de rigueur scientifique en recherche quantitative décrits par Creswell (2009).

#### **3.1.1 Validité interne**

La collecte de données a eu lieu en novembre 2012 et s'est terminée au début du mois de décembre de la même année. Ce faisant, la diminution possible du taux de réponse en raison de la période des vacances d'hiver ainsi que des heures supplémentaires effectuées au cours de la période des Fêtes a pu être évité. Ainsi les biais historiques semblent contrôlés.

L'étude n'étant pas longitudinale et ne nécessitant pas plusieurs périodes de collecte de données, le biais pouvant être causé par des changements de participants, soit l'effet de maturation, est ici inexistant.

L'échantillon a été choisi de façon aléatoire selon des critères d'inclusion et d'exclusion précis qui sont détaillés plus loin dans le présent chapitre. Le taux de réponse des infirmières est comparable dans les quatre établissements étudiés et également lorsque ceux-ci sont regroupés sous les catégories « type A » ou « type B » tel que décrit ultérieurement. Le biais relatif à l'effet de sélection semble lui aussi assez bien contrôlé.

L'existence d'un biais d'instrumentation semble peu probable mais ne peut être complètement exclu. En effet, le questionnaire traduit en français a été validé auprès d'un échantillon de convenance de 4 infirmières bilingues assurant des réponses similaires aux questionnaires sans égard à la langue dans laquelle celui-ci était complété. Cependant, faute de budget, le

questionnaire original en anglais, déjà validé par Cummings (2005) a été utilisé sans modification dans la présente étude.

Aucun abandon ou retrait de participant n'a été enregistré au cours de l'étude. Le biais lié à la mortalité expérimentale est donc considéré comme inexistant.

L'étude ne nécessitant que la complétion unique d'un questionnaire, l'effet de contamination a été évité. Les répondants ne pouvaient donc pas discuter entre eux et modifier leurs réponses lors d'un questionnement ultérieur. Aussi, la répartition aléatoire des répondants au sein des établissements étudiés ne favorisait pas un tel échange d'informations et donc, d'homogénéité des réponses selon les départements de soins d'un même établissement.

### **3.1.2 Validité externe**

Bien que la présente étude se soit centrée sur des hôpitaux universitaires montréalais, nous considérons possible la généralisation des résultats de la présente étude aux hôpitaux universitaires à l'échelle provinciale.

Les critères de sélection utilisés visaient un certain vécu sur l'unité, soit plus de 6 mois d'ancienneté sur ladite unité, afin qu'une compréhension du milieu de soins et une perception de l'infirmière-chef soient présentes. Le biais relatif à l'interaction dans la sélection est donc jugé comme absent.

Les établissements de santé étant soit affiliés à une université ou directement des hôpitaux universitaires, la généralisation à tous les hôpitaux de la province devrait faire l'objet d'une analyse détaillée. Une étude subséquente faite auprès d'hôpitaux sans affiliation universitaire serait nécessaire avant de procéder à une telle généralisation. L'« interaction dans l'endroit » choisi pour l'étude est donc présente.

### **3.2 Milieu et population cible**

La collecte de donnée s'est déroulée auprès d'infirmières œuvrant dans chacun des quatre hôpitaux Montréalais ciblés par l'étude. Les hôpitaux choisis offrent tous des services de première, deuxième et troisième ligne à une population adulte et connaissent un achalandage élevé. Les hôpitaux choisis sont similaires en ce qui a trait au nombre d'infirmières qui y travaillent, à leur taille et à leur achalandage. De même, les hôpitaux désignés sont tous sur l'île de Montréal afin qu'une même réalité de travail soit vécue par les infirmières questionnées. La

facilité d'accès à l'emploi, l'environnement de travail et les conditions de travail y sont similaires, évitant de biaiser les données obtenues.

### **3.3 Échantillonnage**

#### **3.3.1 Population à l'étude**

Les infirmières soignantes dans les hôpitaux Montréalais sont la population visée dans le cadre de la présente recherche

#### **3.3.2 Critères d'inclusion**

Les infirmières dont les données ont été utilisées pour fins d'analyses dans la présente étude répondaient aux critères d'inclusion suivants :

- Être infirmière soignante;
- Travailler dans l'un des 4 établissements de santé décrits plus loin dans le présent chapitre;
- Avoir la même position d'infirmière depuis au moins 6 mois;
- Avoir consenti, lors du renouvellement du permis 2012-2013 de l'OIIQ à participer à une étude.

#### **3.3.3 Échantillonnage et taille de l'échantillon**

Afin d'assurer une représentativité de la population des infirmières soignantes de la région de Montréal, un échantillonnage probabiliste a été utilisé. Le soutien de l'ordre professionnel a donc été demandé pour l'élaboration de la liste de participants. Le biostatisticien de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) a fourni les noms et coordonnées de 1000 infirmières et infirmiers, choisis de façon aléatoire, qui travaillent sur des unités de soins des quatre hôpitaux ciblés par la présente étude. Cette liste a été bâtie en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion fournis par l'étudiante-chercheure et décrits précédemment.

Le calcul de la taille de l'échantillon repose sur deux approches différentes. Premièrement, nous avons calculé qu'un minimum de 243 répondants dispersés dans les quatre hôpitaux s'avère nécessaire. Les valeurs suivantes ont été utilisées dans ledit calcul : Une marge d'erreur de 5%,

un niveau de confiance de 95%, et en utilisant une probabilité de réponse de 25% (Raosoft, 2004).

Par la suite, une seconde méthode de calcul de la taille d'échantillon a été utilisée à des fins de validation. En supposant un seuil de confiance alpha de 5%, la taille minimale d'échantillon requise est de 56 personnes pour obtenir un effet taille de 0.3 et une puissance statistique de 0.8 lors des analyses par régression multiple avec 6 variables prédictives. En effectuant 6 modélisations, cette taille minimum est de 336 questionnaires (Cohen, 1988).

Un taux de réponse anticipé de 20% a été utilisé en raison du peu de moyens disponibles dans le cadre de la présente étude, de la difficulté à rejoindre la population étudiée ainsi qu'en raison d'une variation marquée dans les taux de réponse aux sondages postaux selon les études consultées.

Dans leurs revues de littérature respectives, VanGeest et Johnson (2011) et Creavin, Creavin, Mallen (2011) indiquent un taux de réponse aux sondages postaux avoisinant les 60% lorsqu'un suivi étroit est assuré. Une étude faite auprès de médecins québécois (Maheux, Legault, Lambert, 1989) indique un taux de réponse de 21,6%. Selon Dillman (2002), en effectuant un suivi téléphonique auprès des personnes sondées, le taux de réponse moyen est de 74%.

Conscient du fait que la collecte de données est effectuée par voie postale et que le taux de réponse partielle ou totale pourrait grandement varier, 1000 questionnaires ont été envoyés afin d'assurer une taille d'échantillon suffisante.

### **3.4 Collecte de données**

#### **3.4.1 Description des variables étudiées**

##### **Variables indépendantes :**

##### **Culture organisationnelle :**

Dans le cadre de l'analyse des données, les hôpitaux sont regroupés sous la variable : culture organisationnelle de type A ou B. La culture organisationnelle est la variable indépendante principale de cette étude. La culture organisationnelle n'a pas été mesurée mais attribuée en fonction de l'hôpital d'appartenance des répondants.

Les hôpitaux de Montréal possèdent, pour la plupart, une affiliation universitaire ou un statut formel de Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Environ la moitié de ces hôpitaux sont liés à l'Université de Montréal et l'autre moitié à l'Université McGill. Par ailleurs, l'affiliation est corrélée avec la langue d'usage puisque les hôpitaux liés à l'Université McGill sont considérés comme « anglophones » tandis que ceux liés à l'Université de Montréal sont considérés « francophones ». Les adjectifs sont ici entre guillemets car quelle que soit la langue d'usage, les professionnels qui y travaillent sont souvent bilingues, leur langue de communication principale n'est que faiblement corrélée à la langue d'usage des institutions, et les patients sont souvent de langue différente de celle de l'institution où ils reçoivent des soins. Il est important de noter que la langue maternelle ou régulièrement utilisée par les infirmières soignantes à l'extérieur du milieu de travail n'est pas analysée. Seule la langue associée au milieu de travail l'est.

La culture organisationnelle attribuée divise notre échantillon en deux. La moitié de nos hôpitaux sont liés à l'Université de Montréal tandis que l'autre moitié est liée à l'Université McGill. Les hôpitaux à l'étude ne sont pas nommés par soucis de confidentialité. Chaque hôpital de l'échantillon s'est vu attribuer une valeur catégorielle (A, B, C, D) et cette valeur a été utilisée comme un proxy de sa culture organisationnelle.



### **Description des hôpitaux ciblés dans le cadre du projet :**

La section suivante présente une description des hôpitaux ciblés par le projet. La taille de l'établissement, la langue de travail, l'appartenance à un statut universitaire ainsi que la culture organisationnelle des quatre hôpitaux sont décrits.

L'hôpital A est un hôpital francophone avec une affiliation universitaire à l'université A comptant 749 lits d'hospitalisation. Depuis 2009, cet établissement de santé a comme objectif d'améliorer la rétention du personnel infirmier par un projet d'aménagement du temps de travail et par une culture de collaboration. Selon le rapport annuel 2011 de l'hôpital A, une diminution très prononcée du temps supplémentaire obligatoire, soit une baisse de 80%, a été notée depuis la réorganisation du temps de travail. Toujours selon ce rapport annuel, la satisfaction au travail du personnel infirmier s'en est ensuite améliorée. Selon le plan stratégique 2011-2014 de l'établissement, le taux de rétention global est de 73% après 18 mois et de 65% après 60 mois. Un plan de préceptorat et un nouveau modèle de partenariat avec les infirmières auxiliaires ont été mis en place afin de favoriser l'attraction et la rétention des infirmières soignantes.

L'hôpital B est un hôpital anglophone avec une affiliation universitaire avec l'université B qui comporte 637 lits d'hospitalisation. Selon le rapport annuel de l'établissement, l'emphase est mise sur le travail d'équipe et la prise de décision se fait en collégialité. Il a été impossible pour l'étudiante-chercheuse d'obtenir les données concernant la rétention du personnel infirmier.

L'hôpital C est francophone et a un statut d'hôpital universitaire avec une mission d'enseignement et de recherche au sein de l'université A. Il a été impossible pour l'étudiante d'obtenir les informations concernant le nombre de lits d'hospitalisation en raison du regroupement de plusieurs hôpitaux. Les seules données disponibles faisant état du nombre total de lits compris dans le consortium des hôpitaux universitaires liés à l'université A. Les priorités infirmières mentionnées au rapport annuel 2012 indiquent « l'approche collaborative, la formation, l'accessibilité et l'amélioration des pratiques organisationnelles et professionnelles » (p.34).

L'hôpital D est anglophone et a un statut d'hôpital universitaire avec une mission d'enseignement et de recherche au sein de l'université B. Vu le regroupement actuel de plusieurs hôpitaux au sein d'une même structure de gouverne, il a été impossible d'obtenir des données détaillées et spécifiques à l'hôpital étudié dans le cadre de la présente recherche. Le modèle de gestion utilisé et les priorités en regard des soins infirmiers ne sont pas explicités dans le rapport

annuel de l'établissement. Cependant, le rapport d'Agrément Canada Qmentum 2010 indique les points suivants comme étant des forces : l'importance accordée à un milieu de travail sain, grande importance accordée aux soins interdisciplinaires, accent mis sur la formation, programme de recrutement et de maintien du personnel.

Pour les fins d'analyses du présent mémoire, les hôpitaux dits « francophone » affiliés à l'université A ont été regroupés de même que ceux dits « anglophones » affiliés à l'université B. La culture organisationnelle se dénomme donc sous culture organisationnelle « francophone » pour le type A et « anglophone » pour le type B. Il est à noter que seule la langue utilisée au travail a été étudiée. En aucun cas, la présente étude ne fait référence à la langue maternelle des infirmières œuvrant au sein de ces hôpitaux.

À l'intérieur de chaque organisation, nous centrons l'analyse de l'influence du mode de gestion au niveau des infirmières-chefs. Chaque infirmière-chef identifiée dans les réponses des infirmières soignantes s'est vue attribuer un score correspondant au style de leadership exercé tel que perçu par les infirmières sous sa responsabilité. Le questionnaire utilisé permet d'identifier le style de leadership selon trois catégories ordinales : résonnant, mixte, et dissonant.

#### **Variable médiatrice :**

##### **Type de leadership :**

Le type de leadership est la variable intermédiaire ou médiatrice. Cette variable est dépendante dans le cadre de la première question soit, lorsque l'influence de la culture organisationnelle sur le type de leadership utilisé par les infirmières-chefs est vérifié; et indépendante lors de la suivante qui questionne l'influence du type de leadership des infirmières-chefs sur l'intention de quitter le poste actuel et la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes.

Le type de leadership a été établi selon trois valeurs catégorielles : résonnant, dissonant et mixte. La méthodologie d'interprétation desdits types de leadership telle qu'effectuée par Cummings (2005) selon Goleman, Boyatzis, McKee (2002) a été utilisée.

Le questionnaire utilisé par Cummings (2005) ainsi que dans la présente étude comporte 13 affirmations sur le style de leadership auxquelles les répondants devaient indiquer s'ils étaient « tout à fait en accord » ou « tout à fait en désaccord » selon une échelle de Likert à 4 valeurs.

L'échelle utilisée était la suivante : 1 : Tout à fait en accord; 2 : Assez en accord; 3 : Assez en désaccord; 4 : Tout à fait en désaccord. Un tableau d'interprétation des 13 questions (Cummins, 2005) permet ensuite de colliger les données. Celui-ci se retrouve en annexe 4, tableau 12. Pour chaque sous-types de leadership, certaines affirmations doivent être indiquées comme étant présentes : le répondant a indiqué être « tout à fait d'accord » ou « en accord » ou absentes : le répondant a indiqué être « tout à fait en désaccord » ou « en désaccord ».

Une fois les différents sous-types de leadership établis, une nouvelle variable les rassemblant selon les 3 valeurs catégorielles ciblées par la présente étude a été définie afin d'obtenir les types de leadership suivant : résonnant, dissonant et mixte. Ainsi, les quatre sous-types se rattachant au leadership résonnant ont été regroupés sous « leadership résonnant » et les deux sous-types découlant du leadership dissonant ont été regroupés sous « leadership dissonant ». L'opérationnalisation des variables est décrite dans le tableau 1.

### **Variables dépendantes :**

Les variables relatives à la qualité perçue du milieu et l'intention de quitter le poste actuel sont les variables dépendantes pour les deuxième et troisième questions de recherche. Ces questions sont en lien avec l'influence qu'exercent le type de leadership utilisé par l'infirmière-chef et la culture organisationnelle sur l'intention de quitter le poste actuel ainsi que la qualité perçue du milieu par l'infirmière soignante.

### **Qualité perçue du milieu de travail :**

Quatre questions du questionnaire ont été utilisées afin d'établir le niveau de qualité perçue du milieu de travail des répondants. Les questions suivantes ont servi à l'analyse :

1. Êtes-vous satisfaits de votre milieu de travail?
2. Le niveau d'autonomie dans la prise de décision est adéquat.
3. Dans mon milieu de travail, il y a un bon travail d'équipe entre les infirmières et les médecins.
4. Dans mon milieu de travail, il y a un bon travail d'équipe entre les infirmières et les autres professionnels.

La qualité perçue du milieu de travail a été calculée en obtenant la moyenne des réponses obtenues sur l'échelle de Likert par répondant. La moyenne des quatre éléments décrits ci-haut a servi à établir ce score. Une moyenne entre 1 et 2 correspond à une qualité perçue du milieu satisfaisante alors qu'une moyenne au-delà de 2 indique plutôt une qualité perçue non satisfaisante. La description opérationnelle des variables est décrite dans le tableau 1.

### **Intention de quitter le milieu de travail**

L'intention de quitter le milieu de travail a été mesurée en posant directement la question aux répondants qui se devaient de répondre par l'affirmative (oui) ou la négative (non). La question posée était la suivante : « Avez-vous l'intention de quitter votre poste actuel dans la prochaine année »? La description opérationnelle des variables est décrite dans le tableau 1. Les résultats ont ensuite été analysés en fonction de la culture organisationnelle de provenance des répondants puis en lien avec les données sociodémographiques fournies.

**Tableau 1 : Description opérationnelle des variables**

Variables	Échelle de mesure	Type de mesure	Modalités	Calcul (indicateur)
Culture organisationnelle	Catégorielle	Nominale	A B	
Leadership Résonnant				Répond aux critères d'un des sous-types du leadership résonnant
Visionnaire	Échelle de Likert à 4 items	Ordinale	1 à 4 1= tout à fait en accord 4= tout à fait en désaccord	items 1,4,5,7,8,9,10,11,12 présents (EL :1 ou 2)
Coaching	Échelle de Likert à 4 items	Ordinale	1 à 4 1= tout à fait en accord 4= tout à fait en désaccord	items 1,4,5,8,11 présents (EL :1 ou 2)
Affiliatif	Échelle de Likert à 4 items	Ordinale	1 à 4 1= tout à fait en accord 4= tout à fait en désaccord	items 1,2,3,11,12,13 présents (EL :1 ou 2)
Démocratique	Échelle de Likert à 4 items	Ordinale	1 à 4 1= tout à fait en accord 4= tout à fait en désaccord	items 1,3,6,8,12 présents (EL :1 ou 2)
Leadership Dissonant				Répond aux critères d'un des sous-types du leadership
Commandant	Échelle de Likert à 4 items	Ordinale	1 à 4 1= tout à fait en accord 4= tout à fait en désaccord	items 1,3,4,6,7 absents (EL :3 ou 4)
Exigeant	Échelle de Likert à 4 items	Ordinale	1 à 4 1= tout à fait en accord 4= tout à fait en désaccord	item 5 présent (EL : 1 ou 2) items 1,2,6,8,11,13 absents (EL : 3 ou 4)
Leadership Mixte				Critères du leadership résonnant ou dissonant non répondus
Qualité perçue du milieu	Échelle de Likert à 4 items	Ordinale	1 à 4 1= tout à fait en accord 4= tout à fait en désaccord	Moyenne des réponses aux items 14 à 17.  si $\leq 2$ = satisfait si $\geq 3$ = insatisfait si $\geq 2,1$ et $\leq 2,9$ = incertain si $\geq 4,1$ = invalide
Intention de quitter	Catégorielle	Nominale	Oui, Non	
Formation	Catégorielle	Nominale	DEC, BACC ou Msc. sciences infirmières, DESS, Autre	
Ancienneté sur l'unité	Catégorielle	Nominale	<6 mois, 6m-1an, 2-5ans, 5-10ans, 10-15ans	
Expérience infirmière	Catégorielle	Nominale	<1an, 1-3ans, 3-5ans, 5-10ans, 10-15ans	
Nombre de patients à charge	Catégorielle	Nominale	<3, 3-5, 5-7, 8-10, 11-14, >15	
Quart de travail	Catégorielle	Nominale	jour, soir ou nuit	

Note : EL = Valeur obtenue sur l'Échelle de Likert

### **3.4.2 Instruments de collecte de données**

Le questionnaire utilisé dans cette étude a été traduit et adapté à partir de celui validé dans le cadre des travaux publiés par madame Cummings (2005). Ce questionnaire permet d'identifier le style de leadership selon trois catégories ordinales : résonnant, mixte, et dissonant. Le questionnaire en version originale anglaise ainsi que sa traduction se retrouvent en annexe 3 du présent document.

#### **Instrument de collecte et méthode de collecte**

L'autorisation de madame G. Cummings a été obtenue afin d'utiliser le questionnaire paru dans le cadre de sa recherche : « Mitigating the Impact of Hospital Restructuring on Nurses » publié dans le journal *Nursing Research* en January/February 2005. Ce questionnaire a été validé comme outil pour évaluer le type de leadership du gestionnaire de l'unité selon les trois styles décrits précédemment : résonnant, dissonant et mixte.

Le questionnaire originalement construit en anglais a été traduit et validé. Un échantillon de convenance de quatre infirmières bilingues a complété le questionnaire dans les deux langues afin d'assurer la validité de l'instrument traduit. L'outil traduit a ensuite été optimisé selon les commentaires de ces infirmières.

Les infirmières comprises dans l'échantillon étudié ont reçu les documents suivants à domicile : une lettre expliquant la recherche accompagnée de l'enveloppe de retour préaffranchie; un formulaire de consentement libre et éclairé à signer; un questionnaire sociodémographique et le questionnaire sur le leadership dans leur langue usuelle soit : l'anglais ou le français. La lettre de présentation expliquant la recherche présente les bénéfices potentiels pour les infirmières afin de bien démontrer la nécessité pour chaque infirmière de compléter le questionnaire et d'encourager leur participation. L'emphase est également mise sur la confidentialité des données obtenues. Ce faisant, les participants devraient être plus enclin à répondre audit questionnaire et à le retourner (Dillman, 1978).

Trois semaines suite à l'envoi des documents, un appel téléphonique par l'étudiante-chercheure a été fait auprès d'infirmières dont le questionnaire complété n'avait pas été retourné. Cependant, le rappel téléphonique n'a pas permis d'améliorer le taux de réponse malgré l'offre de compléter ledit questionnaire par téléphone directement avec l'étudiante-chercheure.

### 3.5 Méthodes d'analyse de données

L'analyse des données obtenues a été réalisée en fonction des questions de la présente recherche. Ainsi, les différentes étapes sont présentées ici selon lesdites questions.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 20.0. Un niveau de signification de 95% a été utilisé ( $\alpha=5\%$ ).

L'analyse des données a été faite selon 3 étapes. Une analyse descriptive a d'abord eu lieu afin de décrire les répondants. Ainsi, la culture organisationnelle, le type de leadership des infirmières-chefs, l'intention de quitter dans l'année qui vient, la qualité perçue du milieu, le quart de travail majoritairement effectué dans les 2 semaines précédant la réception du questionnaire, le nombre de patients à charge ainsi que le niveau d'éducation ont été analysés et sont décrits dans la prochaine section.

Ensuite, des analyses bivariées ont été effectuées afin de répondre aux questions suivantes. Les résultats détaillés sont présentés en annexe.

#### Question 1 :

L'influence de la culture organisationnelle sur le type de leadership utilisé par l'infirmière-chef. Pour se faire, nous examinons l'existence d'un lien statistique entre la valeur catégorielle de culture organisationnelle et le style de leadership. Le test statistique de Khi-deux est utilisé dans l'analyse de cette question afin de vérifier l'existence d'une relation entre les variables.

#### Question 2 :

Nous analysons ici la présence d'une influence du type de leadership des infirmières chefs sur l'intention de quitter le poste actuel et la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes.

La qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes et le désir de demeurer en poste sont des variables individuelles des infirmières soignantes. Chaque répondant s'est vu attribuer un score de qualité perçue du milieu de travail sur une échelle de Likert à quatre niveaux allant de 1 « **tout à fait satisfait** » à 4 « **tout à fait insatisfait** » selon leurs réponses aux questions relatives à la satisfaction au travail tel que décrit précédemment.

Le score d'intention de quitter le poste actuel est dichotomique (oui/non). Nous avons examiné l'existence d'un lien statistique entre le style de leadership et les scores d'intention de quitter le poste actuel et la qualité perçue du milieu. Les tests statistiques du Khi-deux et de la régression logistique binaire ont été utilisés pour examiner respectivement le lien entre le leadership et l'intention de quitter puis entre le leadership et la qualité perçue du milieu.

### **Question 3**

Nous avons ensuite vérifié quelle est l'influence de la culture organisationnelle sur l'intention de quitter le poste actuel et la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes.

Nous avons examiné l'existence d'un lien statistique entre la valeur catégorielle de culture organisationnelle et les scores d'intention de quitter le poste actuel et de qualité perçue du milieu. Des analyses statistiques de Khi-deux ainsi que des analyses multivariées de régression logistique ont été utilisées à cet effet.

### **Question 4**

Finalement, nous avons vérifié si le type de leadership agit comme médiateur entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes.

L'effet médiateur de la variable *Leadership* dans la relation entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu a été évalué selon la théorie de Baron et Kenny (1986). Nous avons ainsi vérifié l'existence de cette relation en exécutant trois régressions :

- 1) Variable indépendante (culture organisationnelle) et le médiateur (leadership).
- 2) Variable dépendante (qualité perçue du milieu) et variable indépendante (culture organisationnelle).
- 3) Variable dépendante (qualité perçue du milieu) avec les variables indépendantes et modératrices (culture organisationnelle et leadership).



Toujours selon Baron et Kenny (1986), l'effet médiateur est considéré comme existant si les conditions suivantes sont respectées :

- 1) La variable indépendante doit affecter le médiateur dans la première équation.
- 2) La variable dépendante doit affecter la variable indépendante dans la deuxième équation.
- 3) Le médiateur doit affecter la variable dépendante dans la troisième équation.
- 4) L'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante doit être moins prononcée dans la troisième équation que dans la deuxième.

Afin de compléter les analyses, les modèles multivariés, logistiques binaires suivants ont été utilisés :

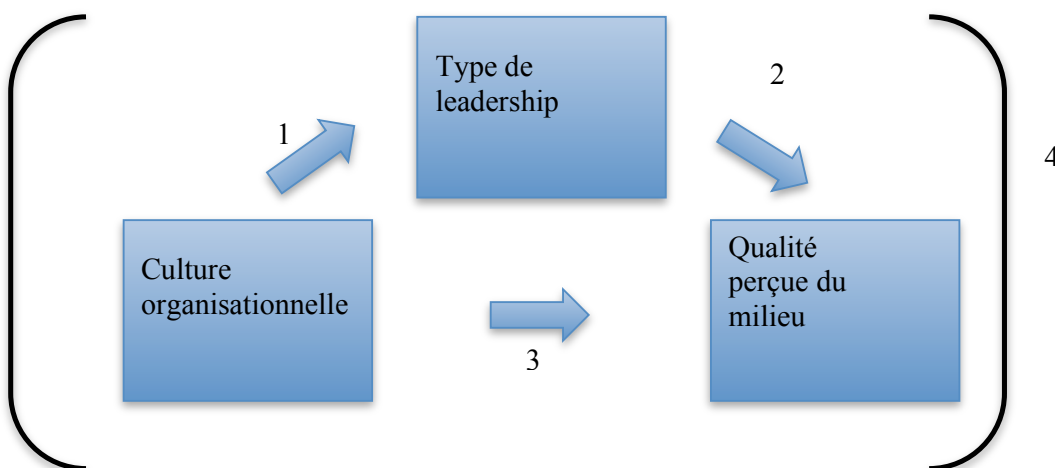
Modèle 1 : Culture organisationnelle et leadership de l'infirmière chef, en contrôlant pour les variables sociodémographiques. Dans ce cas particulier, deux variables « dummy » ont été créées soit : leadership résonnant et mixte afin de pouvoir procéder à des régressions logistiques binaires.

Modèle 2 : Type de leadership de l'infirmière-chef en lien avec la qualité perçue du milieu, en contrôlant pour les variables sociodémographiques.

Modèle 3 : Culture organisationnelle et qualité perçue du milieu, toujours en contrôlant pour les variables sociodémographiques.

Modèle 4 : Culture organisationnelle et type de leadership de l'infirmière-chef en lien avec la qualité perçue du milieu, en contrôlant pour les variables sociodémographiques.

Figure 2 : Modèles analysés



### **3.6 Considérations éthiques**

Le protocole de recherche a été soumis au comité d'approbation puis au comité d'éthique de l'Université de Montréal préalablement à la poursuite de l'étude.

#### **Confidentialité**

Dès la réception des informations, un numéro unique, connu exclusivement par l'étudiante-chercheuse, a été attribué à chaque participant afin d'assurer la confidentialité. Les données recueillies sont conservées sous clefs, dans un endroit sécuritaire par l'étudiante et seront détruites après une période de sept ans. Seule l'étudiante et ses directeurs ont accès aux données recueillies.

Lors de l'analyse des données et de la transmission des résultats, toutes informations pouvant permettre d'identifier les participants ont été modifiées. Les milieux hospitaliers ciblés par la recherche ne seront pas révélés afin d'assurer la confidentialité des participants. Seules les cultures organisationnelles anglophone ou francophone seront mentionnées.

#### **Consentement libre et éclairé**

Pour que les données complétées par les participants soient compilées, les participants devaient avoir signé le consentement inclus dans l'envoi postal. Ce consentement permet aux infirmières ciblées de comprendre le but et les questions de la recherche. Les avantages et inconvénients liés à leur participation ainsi que la possibilité de se retirer en tout temps de l'étude y étaient expliqués. Les participants ont également eu accès aux coordonnées de l'étudiante afin d'assurer leur pleine compréhension et permettre l'accès à de plus amples informations au besoin. Les participants n'ayant pas joint le consentement signé ont été contactées afin d'obtenir un consentement verbal. Les données des participants pour lesquels le consentement verbal n'a pu être obtenu n'ont pas été utilisées dans l'analyse des données.

**La durée de l'étude**

La participation des infirmières se limite à la complétion des questionnaires reçus lors de l'envoi postal. Seules les infirmières désirant avoir de l'information sur les résultats de la recherche ont été recontactées.

Le certificat d'éthique de l'Université de Montréal a été demandé et octroyé pour une période de validité d'un an.

**Conflit d'intérêt**

L'étudiante-chercheuse n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer en lien avec la présente étude.

## **Chapitre 4 : Présentation des résultats**

Des 1000 questionnaires envoyés à domicile, 256 ont été complétés et retournés à l'étudiante-chercheuse (taux de réponse : 25,6%). Plusieurs questionnaires complétés ont dû être exclus lors des analyses. Ainsi, des questionnaires reçus, 8 ne répondaient pas au critère d'ancienneté sur l'unité et 6 à celui du milieu de travail. Aussi, 28 répondants n'avaient pas inclus leur consentement signé dans l'enveloppe de retour. Ces répondants ont donc été contactés par téléphone et/ou courriel afin d'obtenir un consentement verbal ou écrit, selon le cas, pour l'utilisation de leurs données. Après avoir été contactés, 8 d'entre eux n'ont pas fourni ledit consentement permettant l'utilisation de leurs données. Ces questionnaires ont été retirés des analyses.

Un total de 232 questionnaires a donc pu être utilisé dans le cadre des analyses. Ce résultat est suffisamment proche du calcul de la puissance statistique nécessaire ( $n=243$ ) pour permettre la réalisation des analyses prévues.

### **4.1 Description de l'échantillon**

Les répondants étaient bien répartis selon les cultures organisationnelles de type A (50,4%) et B (49,6%). Les répondants indiquent en majorité (142 ou 61,2%) une infirmière-chef ayant un type de leadership mixte. Viennent ensuite les types de leadership résonnant (67 répondants ou 28,9%) puis le dissonnant (23 répondants ou 9,9%). La majorité des répondants, soit 60,3% se dit satisfaite de la qualité perçue de leur milieu de travail alors que 39,7% des répondants se disent insatisfaits. Par ailleurs, 52 participants (ou 22,6%) indiquent avoir l'intention de quitter dans la prochaine année alors que 178 (77,4%) demeureront sur leur unité actuelle.

#### **4.1.1 Données sociodémographiques des répondants**

Cette section présente les données relatives à l'expérience d'infirmière sur l'unité soit : le nombre moyen de patients à charge et le quart de travail effectué au cours des 2 semaines précédant la réception du questionnaire et sont décrites dans le tableau 3 puis de façon plus détaillée au tableau 13.

##### **Nombre de patients à charge :**

Les 22 répondants qui n'ont pas indiqué le nombre moyen de patients pris en charge au cours d'un quart de travail dans les deux dernières semaines travaillées n'ont pu être utilisés lors des analyses. Ces données ont été indiquées comme « valeur manquante ».

Plus de la moitié des répondants (66,7%) a indiqué avoir moins de huit patients à charge par quart de travail en moyenne. Le nombre de patients moyens majoritairement retrouvé chez les répondants (25,7%) est de « moins de 3 ». Ensuite viennent « entre 5 et 7 » (22,4%) puis « entre 3 et 5 » (18,6%).

##### **Quart de travail majoritairement travaillé :**

Des 227 répondants, 145 (63,9%) ont indiqué avoir travaillé de jour, suivent ensuite le quart de soir avec 43 répondants (18,9%) puis le quart de nuit (17,2%).

Les 5 participants qui n'ont pas répondu à cette question se retrouvent sous la variable « valeur manquante ».

##### **Dernier diplôme obtenu :**

Un répondant n'a pas indiqué le dernier niveau d'étude complété et est indiqué sous « valeur manquante ».

Des 231 répondants, la majorité (114 ou 49,4%) avait un baccalauréat. Les détenteurs d'un diplôme d'études collégiales viennent ensuite avec 101 répondants (43,7%).

13 répondants ont indiqué avoir complété des études universitaires de deuxième cycle soit : un diplôme d'études supérieures spécialisées ou une maîtrise.

Alors qu'en octobre 2011, l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) indiquait que seulement 34% de l'effectif infirmier de la province est titulaire d'un baccalauréat (OIIQ, 2011), il est possible que les hôpitaux universitaires utilisés dans le cadre de la présente étude ne soient

pas représentatifs de la population infirmière de tout le Québec. Cela expliquerait donc la surreprésentation des infirmières possédant un baccalauréat dans la présente étude. Une seconde hypothèse est que les infirmières bachelères aient pu avoir plus d'enthousiasme à participer à une étude universitaire menée par une étudiante de maîtrise que leurs consœurs formées au CEGEP.

**Tableau 2 : Description des milieux des répondants**

Variables	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
<b>Culture organisationnelle</b>			
Type A	117	50,4	50,4
Type B	115	49,6	100
Total	232	100	
<b>Types de leadership</b>			
Résonnant	67	28,9	28,9
Visionnaire	41		
Coaching	62		
Affiliatif	30		
Démocratique	65		
Mixte	142	61,2	90,1
Dissonant	23	9,9	100
Exigeant (Pace setting)	9		
Autoritaire	17		
Total	232	100	
<b>Intention de quitter</b>			
Oui	52	22,6	22,6
Non	178	77,4	100
Total	230	100	
Valeur manquante	2		
Total	232	100	
<b>Qualité perçue du milieu</b>			
Satisfait	138	60,3	60,3
Insatisfait	91	39,7	100
Valeur manquante	3		
Total	232		

**Tableau 3 : Description des données sociodémographiques des répondants**

Variabes	Effectifs	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
<b>Ancienneté sur l'unité</b>			
6mo à 3 ans	22	9,5	9,5
3 à 5	64	27,6	37,1
5 à 10	72	31	68,1
10 à 15	58	25	93,1
Plus de 15	16	6,9	100
Total	232	100	
<b>Années d'expérience infirmière</b>			
1 à 3	12	5,2	5,2
3 à 5	30	12,9	18,1
5 à 10	65	28	46,1
Plus de 10	125	53,8	100
Total	232	100	
<b>Patients à charge</b>			
Moins de 5	93	44,3	44,3
5-10	77	36,7	81
Plus de 10	40	19,1	100
Valeur manquante	22		
Total	232		
<b>Quart travaillé</b>			
jour	145	63,9	63,9
soir	43	18,9	82,8
nuît	39	17,2	100
Valeur manquante	5		
Total	232		
<b>Éducation</b>			
DEC	101	43,7	43,7
Études universitaires	130	56,3	100
Valeur manquante	1		
Total	232		



## **4.2 Relations entre les variables**

Suite aux diverses analyses statistiques effectuées, la variable « nombre d'années d'expérience infirmière » semble être la variable qui a le plus d'influence. Les analyses statistiques réalisées avec cette variable sont significatives avec chacune des autres données sociodémographiques. Elles sont donc présentées en détails ici. Les relations significatives effectuées avec les autres variables sont présentées ensuite. Finalement, les résultats des analyses statistiques bivariées se trouvent au tableau 4.

### **4.2.1 Relation entre le nombre d'années d'expérience infirmière et les données sociodémographiques**

Il semble y avoir une diminution progressive du mouvement de la main-d'œuvre avec l'augmentation des années d'expérience infirmière. La majorité des infirmières comptant plus de 10 ans d'expérience infirmière (59,2%) travaillent sur la même unité depuis également plus de 10 ans. Un faible pourcentage d'entre elles (3,2%) ont changé d'unité dans les 3 dernières années. Comparativement, 12,6% des infirmières comptant entre 3 et 10 ans d'expérience infirmière ont fait le même choix. Alors que 46,3% des infirmières qui ont entre 3 et 10 ans d'expérience infirmière travaillent sur la même unité depuis au moins 5 ans. Il aurait été intéressant de sonder les unités spécifiques auxquelles les infirmières sont attirées afin d'analyser le mouvement de la main-d'œuvre au cours de la carrière.

En ce qui concerne le nombre moyen de patients à charge au cours des 2 semaines précédant la complétion du questionnaire, une moyenne de moins de 5 patients à charge semble rejoindre la majorité des répondants et ce, sans égard aux années d'expérience infirmière. Cependant, la variable « plus de 10 patients » semble augmenter progressivement selon les années d'expérience infirmière passant de 0% pour les infirmières ayant moins de 3 ans d'expérience à 24% pour les infirmières comptant plus de 10 ans d'expérience. Inversement, la variable « moins de 5 patients à charge » diminue progressivement selon les années d'expérience passant de 58% pour les infirmières ayant moins de 3 ans d'expérience à 31% pour les infirmières comptant plus de 10 ans d'expérience.

Au niveau de l'éducation des infirmières, celles qui comptent moins de 3 ans d'expérience semblent davantage scolarisées que leur collègues alors que les études universitaires représentent 81,8% des répondants de cette catégorie.

Le nombre d'infirmière possédant un diplôme d'études collégiales augmente progressivement selon le nombre d'années d'expérience infirmière passant respectivement de 18,2% à 48% pour les infirmières comptant moins de 3 ans d'expérience et les infirmières ayant plus de 10 années.

Aussi, la complétion du diplôme de premier cycle diminue progressivement selon l'augmentation des années d'expérience infirmière passant de 54,5% à 47,2%,

En excluant le nombre élevé de détenteur de diplômes de deuxième cycle pour les infirmières de moins de 3 ans d'expérience, cette variable demeure stable, autour des 4% pour les autres infirmières.

Il semble y avoir une relation entre les années d'expérience infirmière et le quart de travail. Ainsi, la majorité des infirmières possédant plus de 10 ans d'expérience infirmière ont travaillé sur le quart de jour en majorité dans les 2 semaines précédents la réception du questionnaire.

#### **4.2.2 Relations entre la culture organisationnelle et les données sociodémographiques**

L'affiliation des hôpitaux à l'une ou l'autre des deux universités semble influencer les modes de gestion et les pratiques. En conséquence le nombre moyen de patients à charge varie selon le type A ou B d'hôpital que nous utilisons comme proxy de la culture. Les résultats sont également présentés en annexe dans le tableau 14.

Les infirmières qui travaillent dans une culture organisationnelle de type A ont davantage de patients à charge (41,9% ont entre 5 et 10 patients) que les infirmières oeuvrant en culture organisationnelle de type B (47,8% ont moins de 5 patients).

La culture organisationnelle semble influencer le niveau de scolarité complété. Les infirmières des hôpitaux de type A sont davantage formées au collégial (56,5%) que leurs consœurs en des hôpitaux de type B (31,9%). Alors que les infirmières qui travaillent dans un hôpital de type B ont davantage obtenu un diplôme de 1<sup>er</sup> cycle universitaire (58,4%) que leurs collègues (41,7%). L'écart est augmenté lorsqu'il s'agit des études de deuxième cycle complétées. Alors que seulement 1,7% des infirmières des hôpitaux de type A ont obtenu un tel diplôme, la réussite

s'élève à 9,7% des infirmières qui travaillent dans les hôpitaux de type B. Ces résultats sont présentés en annexe, tableau 14.

Les infirmières oeuvrant au sein de la culture organisationnelle de type A sont davantage insatisfaites de la qualité de leur milieu (48,7%) que leurs collègues qui travaillent dans un milieu organisationnel de type B (30,7%). Alors que les infirmières qui travaillent en culture organisationnelle de type B sont davantage satisfaites de la qualité du milieu (69,3%) que les infirmières pratiquant dans une culture organisationnelle de type A (51,3%). Il est à noter qu'après analyse statistique ( $p=0,807$ ), il n'y a pas de lien direct entre la culture organisationnelle et l'intention de quitter l'unité dans l'année qui vient. Ces résultats sont présentés en annexe au tableau 16.

Plusieurs analyses statistiques concernant la culture organisationnelle en regard des données sociodémographiques ne sont pas significatives. Ainsi, les analyses concernant la culture organisationnelle et le quart de travail ( $p=0,137$ ), l'ancienneté sur l'unité ( $p=0,143$ ) et les années d'expérience infirmière ( $p=0,669$ ) ne permettent pas d'établir une relation entre ces variables.

#### **4.2.3 Relations entre les types de leadership et les données sociodémographiques**

Le nombre moyen de patients à charge semble augmenter progressivement selon le type de leadership allant du résonnant au dissonant. Alors que 47,8% des répondants ont indiqué avoir moins de 5 patients à charge lorsque le type de leadership est résonnant, le nombre de patients se situe entre 5 et 10 en lien avec le leadership dissonant (60,9%).

Le baccalauréat est davantage présent avec les types de leadership résonnant (57,6%) et dissonant (56,5%). Alors que le diplôme d'études collégiales regroupe la majorité des infirmières travaillant auprès d'un leadership mixte (51,1%). Le nombre d'infirmière ayant complété des études universitaires de deuxième cycle diminue progressivement selon que le type de leadership soit résonnant (12,1%), mixte (3,6%) ou dissonant (0%).

44,3% des répondants travaillant dans une culture organisationnelle de type B ont indiqué un type de leadership résonnant comparativement à 13,7% des infirmières des hôpitaux de type A. 75,2% des infirmières qui oeuvrent dans un hôpital de type A ont indiqué un type de leadership mixte. Du côté des hôpitaux de type B, ce taux est de 47%.

Le type de leadership dissonant se retrouve faiblement et de façon comparable dans les deux types d'hôpitaux. Soit respectivement de 11,1% et 8,7% pour les hôpitaux de type A et B. Ces résultats sont présentés au tableau 15, en annexe.

Nous pouvons ainsi déduire que la culture organisationnelle de type A comporte davantage d'infirmières-chefs qui démontrent un style de leadership mixte. La culture organisationnelle de type B semble de son côté, comporter davantage d'infirmières-chefs qui utilisent un type de leadership résonnant.

86,6% des infirmières ayant une infirmière-chef présentant un type de leadership résonnant sont satisfaites de la qualité perçue de leur milieu de travail tandis que 100% des infirmières qui travaillent auprès d'un type de leadership dissonant se disent insatisfaites. Ces résultats se retrouvent au tableau 16.

Les infirmières sous les ordres d'une infirmière-chef ayant un type de leadership mixte sont davantage réparties en regard de la satisfaction de la qualité perçue de leur milieu de travail. 57,6% d'entre elles se disent satisfaites alors que 42,4% indiquent être insatisfaites du milieu. Suite à l'analyse statistique, aucune relation n'a été trouvée entre le type de leadership et l'intention de quitter l'unité dans l'année qui vient ( $p=0,175$ ).

Les infirmières insatisfaites de la qualité perçue de leur milieu de travail ont davantage l'intention de quitter dans l'année qui vient (37,1%) que celle qui sont satisfaites (13,8%) (Chi-deux  $p<0,001$ ). Voir le tableau 17.

**Tableau 4 : Relations bivariées entre les données sociodémographiques**

Variable 1	Variable 2	Khi-2	ddl	P-valeur
Expérience	Ancienneté sur l'unité	119,572	6	<0,001*
	Patients à charge	13,117	4	0,011*
	Quart travaillé	11,059	4	0,026*
	Éducation	21,753	4	<0,001*
Ancienneté	Patients à charge	10,893	9	0,283
	Quart travaillé	8,9	6	0,179
	Éducation	6,147	12	0,909
Patients à charge	Quart travaillé	6,98	4	0,137
	Éducation	9,571	4	0,144
Quart travaillé	Éducation	3,963	8	0,86

\* significatif à 5%

### **4.3 Résultats multivariées pour évaluer l'effet médiateur du leadership :**

Des analyses multivariées ont été effectuées afin d'évaluer la présence de l'effet médiateur du type de leadership sur la qualité perçue du milieu en fonction de la culture organisationnelle. Les résultats d'analyses sont décrits ici selon les types de leadership résonnant et mixte.

Il est à noter que les résultats d'analyses du type de leadership dissonant sont non significatifs. Ils ne sont donc pas présentés dans cette section.

Aussi, nous précisons que la variable « intention de quitter » n'a pas été incluse dans les modélisations décrites ici. Celle-ci ne présentait pas de relations significatives lors des analyses bivariées de l'intention de quitter en lien avec la culture organisationnelle ou le type de leadership.

### 4.3.1 Résultats des analyses effectuées avec le type de leadership résonnant

#### 4.3.1.1 Relation entre la culture organisationnelle et le type de leadership résonnant

L'analyse du modèle 1, décrit dans le tableau 5, a permis d'établir une relation entre la culture organisationnelle et le type de leadership des infirmières-chefs ( $p < 0,001$ ) en contrôlant pour l'ancienneté, l'expérience, le quart de travail, le niveau d'étude complété et le nombre de patients à charge. Ainsi, la culture influence le type de leadership utilisé par la gestionnaire; c'est à dire que la culture B est davantage associé au leadership résonnant.

Ce tableau permet également de constater que les infirmières comptant 1 à 3 années puis 5 à 10 années d'expérience sur l'unité perçoivent un lien entre la culture et le leadership.

**Tableau 5 : Culture organisationnelle et leadership (leadership résonnant) de l'infirmière chef, en contrôlant pour les variables sociodémographiques**

Variabes	A	E.S.	Wald	ddl	Exp(B)	P-Valeur
Culture (référence : type A)	1,860	0,399	21,769	1	6,426	<0,001*
Ancienneté: (référence: >10ans)			3,655	3		0,301
6mo-3ans	-0,909	0,860	1,117	1	0,403	0,291
3-5 ans	-1,094	0,609	3,232	1	0,335	0,072
5-10 ans	-0,057	0,560	0,010	1	0,945	0,919
Expérience: (référence >10 ans)			6,209	3		0,102
1-3 ans	1,831	0,933	3,852	1	6,242	0,05*
3-5 ans	0,552	0,736	0,564	1	1,737	0,453
5-10 ans	1,604	0,524	4,127	1	1,038	0,042*
Quart de travail (référence : nuit)			4,400	2		0,111
Jour	0,746	0,487	2,348	1	2,108	0,125
Soir	-0,154	0,616	0,062	1	0,858	0,803
Éducation collégiale (référence : universitaire)	-0,310	0,383	0,653	1	0,734	0,419
Patients à charge (référence : > 10)			0,983	2		0,612
< 5	-0,207	0,490	0,178	1	0,813	0,673
5 à 10	-0,489	0,513	0,909	1	0,613	0,340

\* = significatif à 5%

Hosmer-Lemeshow : Khi-2 : 11,273; ddl :8; P-valeur :0,187

#### 4.3.1.2 Relation entre le type de leadership résonnant et la qualité perçue du milieu

Le modèle 2, tableau 6, a permis d'identifier une relation significative entre le type de leadership utilisé par l'infirmière-chef et la qualité perçue du milieu ( $p=0,003$ ). Suite aux analyses, il nous est également possible d'affirmer que les infirmières sont 5 fois plus satisfaites de la qualité perçue de leur milieu de travail lorsque leur infirmière-chef utilise un type de leadership résonnant.

**Tableau 6 : Le leadership résonnant de l'infirmière-chef en lien avec la qualité perçue du milieu, en contrôlant pour les variables sociodémographiques**

Variabes	A	E.S.	Wald	ddl	Exp(B)	Sig.
Leadership résonnant (référence: mixte)	0,561	0,189	8,824	1	1,753	0,003*
Années d'ancienneté: (référence: > 10 ans)			4,46	3		0,216
6mo-3 ans	-0,44	0,697	0,399	1	0,644	0,527
3-5 ans	0,126	0,508	0,061	1	1,134	0,805
5-10 ans	0,759	0,476	2,539	1	2,136	0,111
Années d'expérience: (référence: >10 ans)			4,714	3		0,194
1-3 ans	1,117	0,894	1,558	1	3,054	0,212
3-5 ans	1,131	0,627	3,248	1	3,097	0,072
5-10 ans	-0,086	0,453	0,036	1	0,918	0,849
Quart travaillé (référence: Nuit)			0,121	2		0,941
Jour	-0,106	0,432	0,06	1	0,899	0,806
Soir	-0,175	0,505	0,12	1	0,84	0,729
Éducation collégiale (référence: universitaire)	0,274	0,322	0,726	1	1,315	0,394
Patients à charge (référence: >10)			5,084	2		0,079
<5	0,368	0,439	0,705	1	1,446	0,401
5 à 10	-0,417	0,434	0,922	1	0,659	0,337

\*= significatif à 5%

Hosmer-Lemeshow : Khi-2 : 6,110; ddl :8; p-valeur : 0,635



#### *4.3.1.3 Relation entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu*

Une relation significative est également présente dans le troisième modèle soit, entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu de travail ( $p=0,028$ ). De ce fait, les infirmières travaillant en culture organisationnelle de type A sont moins satisfaites de leur milieu que leurs collègues qui se trouvent en culture organisationnelle de type B. Aussi, les infirmières qui travaillent en culture organisationnelle de type B sont quant à elles, deux fois plus satisfaites de la qualité de leur milieu que les infirmières en culture organisationnelle de type A.

Cependant, il est à noter que lorsque nous avons contrôlé pour les données sociodémographiques, les résultats d'analyse n'étaient pas significatifs. Nous ne pouvons donc pas établir de relation entre ces variables.

#### 4.3.1.4 Relation entre la culture organisationnelle, la qualité perçue du milieu et le type de leadership résonnant

Le modèle 4, tableau 7, utilisé dans l'analyse des relations entre toutes les variables nous permet d'affirmer ce qui suit. Aucune relation directe entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu n'a été établie ( $p=0,918$ ). Cependant, un effet indirect est retrouvé entre ces variables lorsque le type de leadership est résonnant ( $p<0,001$ ).

Ainsi, nous pouvons affirmer que la culture influence le type de leadership utilisé et que celui-ci influence à son tour la qualité perçue du milieu. Cependant, la culture organisationnelle n'influence pas directement la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes.

**Tableau 7 : Culture organisationnelle, leadership résonnant et qualité perçue du milieu en contrôlant pour les variables sociodémographiques**

Valeurs	A	E.S.	Wald	ddl	Exp(B)	Sig.
Culture (Référence : type A)	0,039	0,373	0,011	1	1,039	0,918
Leadership résonnant	2,073	0,462	20,116	1	7,947	<0,001*
Ancienneté (référence : >10 ans)			3,787	3		0,285
6mo-3 ans	-0,385	0,726	0,281	1	0,68	0,596
3-5 ans	0,159	0,547	0,085	1	1,172	0,771
5-10 ans	0,745	0,496	2,255	1	2,107	0,133
Expérience (référence : > 10 ans)			4,908	3		0,179
1-3 ans	0,898	0,941	0,911	1	2,455	0,340
3-5 ans	1,129	0,649	3,027	1	3,092	0,082
5-10 ans	-0,234	0,478	0,24	1	0,791	0,624
Quart travaillé (référence : Nuit)			0,149	2		0,928
Jour	-0,173	0,449	0,149	1	0,841	0,700
Soir	-0,127	0,527	0,058	1	0,881	0,810
Éducation collégiale (référence : universitaire)	0,402	0,35	1,324	1	1,495	0,250
Patients à charge (référence : >10)			3,523	2		0,172
<5	0,455	0,463	0,968	1	1,577	0,325
5 à 10	-0,235	0,461	0,26	1	0,79	0,610

\*= significatif à 5%

Hesmer-Lemeshow : Khi-2 : 2,687; ddl : 8; P-valeur : 0,952

### 4.3.2 Résultats des analyses effectuées avec le type de leadership mixte

#### 4.3.2.1 Relation entre la culture organisationnelle et le type de leadership mixte

Le premier modèle analysé, décrit en tableau 8, permet d'établir une relation entre la culture organisationnelle et le type de leadership des infirmières-chefs ( $p < 0,001$ ).

**Tableau 8 : Culture organisationnelle et leadership de l'infirmière chef (leadership mixte), en contrôlant pour les variables sociodémographiques**

Variabiles	A	E.S.	Wald	ddl	Exp(B)	P-Valeur
Culture (référence : type A)	-1,563	0,352	19,721	1	0,210	<0,001*
Ancienneté: (référence: >10ans)			5,266	3		0,153
6mo-3ans	1,086	0,761	2,028	1	2,961	0,154
3-5 ans	1,260	0,559	5,071	1	3,524	0,024*
5-10 ans	0,463	0,498	0,864	1	1,589	0,353
Expérience: (référence >10 ans)			3,036	3		0,386
1-3 ans	-1,058	0,863	1,503	1	0,347	0,220
3-5 ans	-0,500	0,658	0,577	1	0,606	0,448
5-10 ans	-0,745	0,476	2,450	1	0,475	0,117
Quart de travail (référence : nuit)			5,029	2		0,081
Jour	-0,688	0,441	2,432	1	0,503	0,119
Soir	0,172	0,549	0,098	1	1,188	0,754
Éducation collégiale (référence : universitaire)	0,332	0,340	0,953	1	1,394	0,329
Patients à charge (référence : > 10)			0,944	2		0,624
< 5	0,182	0,460	0,157	1	0,487	0,692
5 à 10	-0,178	0,463	0,147	1	0,338	0,701

\* = significatif à 5%

Osmer-Lemeshow : Khi-2 : 11,895; ddl :8; P-valeur :0,156

#### 4.3.2.2 Relation entre le type de leadership mixte et la qualité perçue du milieu

Le modèle 2, tableau 9, a permis d'identifier une relation significative entre le type de leadership utilisé par l'infirmière-chef et la qualité perçue du milieu ( $p=0,003$ ).

**Tableau 9 : Le leadership mixte de l'infirmière-chef en lien avec la qualité perçue du milieu, en contrôlant pour les variables sociodémographiques**

Variabes	A	E.S.	Wald	ddl	Exp(B)	Sig.
Leadership mixte (référence : résonnant)	-0,561	0,189	8,824	1	0,571	0,003*
Ancienneté: (référence: > 10 ans)			4,460	3		0,216
6mo-3 ans	-0,440	0,697	0,399	1	0,644	0,527
3-5 ans	0,126	0,508	0,061	1	1,134	0,805
5-10 ans	0,759	0,476	2,539	1	2,136	0,111
Expérience: (référence : >10 ans)			4,714	3		0,194
1-3 ans	1,117	0,894	1,558	1	3,054	0,212
3-5 ans	1,131	0,627	3,248	1	3,097	0,072
5-10 ans	-0,086	0,453	0,036	1	0,918	0,849
Quart travaillé (référence : Nuit)			0,121	2		0,941
Jour	-0,106	0,432	0,060	1	0,899	0,806
Soir	-0,175	0,505	0,120	1	0,8401	0,729
Éducation collégiale (référence : universitaire)	0,274	0,322	0,726	1	1,315	0,394
Patients à charge (référence : >10)			5,084	2		0,079
<5	0,368	0,439	0,705	1	1,446	0,401
5 à 10	-0,417	0,434	0,922	1	0,659	0,337

\*= significatif à 5%

Hosmer-Lemeshow : Khi-2 : 6,110; ddl :8; p-valeur : 0,635

#### 4.3.2.3 Relation entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu

Aucune relation ne peut être établie lors de l'analyse du modèle 3 (tableau 10) soit entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu, toujours en contrôlant pour les variables sociodémographiques ( $p=0,085$ ).

**Tableau 10: Culture organisationnelle et qualité perçue du milieu, en contrôlant pour les variables sociodémographiques**

Variabes	A	E.S.	Wald	ddl	Exp(B)	Sig.
Culture (Référence : type A)	0,577	0,335	2,975	1	1,781	0,085
Ancienneté (référence: >10 ans)			4,458	3		0,216
6mo-3ans	0,603	0,692	0,759	1	1,828	0,384
3-5 ans	0,167	0,504	0,110	1	1,181	0,741
5-10 ans	-0,623	0,474	1,727	1	0,536	0,189
Expérience (référence : >10 ans)			6,564	4		0,161
1-3 ans	-0,987	0,945	1,089	1	0,373	0,297
3-5 ans	-0,873	0,717	1,485	1	0,418	0,223
5-10 ans	0,252	0,556	0,204	1	1,286	0,651
Quart travaillé (référence : Nuit)			0,270	2		0,874
Jour	-0,044	0,424	0,011	1	0,957	0,918
Soir	0,164	0,502	0,107	1	1,178	0,744
Éducation collégiale (référence : universitaire)	-0,269	0,333	0,646	1	0,765	0,422
Patients à charge (référence : >10)			4,072	2		0,131
<5	-0,334	0,438	0,581	1	0,716	0,446
5 à 10	0,374	0,435	0,741	1	1,454	0,389

\* = significatif à 5%

Hesmer-Lemeshow: Khi-20,360; ddl:13; P-Valeur: 0,087

4.3.2.4 Relation entre la culture organisationnelle, la qualité perçue du milieu et le type de leadership mixte

L'analyse des variables dans le modèle 4 (tableau 11) soit la culture organisationnelle et le type de leadership de l'infirmière-chef en lien avec la qualité perçue du milieu et ce, en contrôlant pour les variables sociodémographiques nous permet d'établir un non-constat puisque les résultats obtenus ne sont pas significatifs ( $p=0,116$ ).

**Tableau 11 : Culture organisationnelle et type de leadership mixte de l'infirmière-chef en lien avec la qualité perçue du milieu, en contrôlant pour les variables sociodémographiques**

Variables	A	E.S.	Wald	ddl	Exp(B)	Sig.
Culture (Référence : type A)	0,552	0,351	2,475	1	1,736	0,116
Leadership mixte	-0,097	0,337	0,082	1	0,908	0,774
Ancienneté (référence: >10 ans)			4,648	3		0,199
6mo-3 ans	-0,627	0,692	0,821	1	0,534	0,365
3-5 ans	-0,147	0,507	0,084	1	0,863	0,772
5-10 ans	0,637	0,472	1,816	1	1,89	0,178
Expérience (référence : >10 ans)			5,172	3		0,160
1-3 ans	1,376	0,878	2,458	1	3,959	0,117
3-5 ans	1,254	0,629	3,976	1	3,503	0,046*
5-10 ans	0,109	0,448	0,059	1	1,115	0,808
Quart travaillé (référence : Nuit)			0,186	2		0,911
Jour	0,04	0,427	0,009	1	1,041	0,925
Soir	-0,134	0,503	0,071	1	0,875	0,791
Éducation collégiale (référence : universitaire)	0,294	0,333	0,782	1	1,342	0,377
Patients à charge (référence : >10)			3,987	2		0,136
<5	0,274	0,432	0,402	1	1,315	0,526
5 à 10	-0,422	0,43	0,963	1	0,656	0,327

\* = significatif à 5%

Hesmer-Lemeshow: Khi-2: 3,861; ddl:8; P-valeur: 0,869

## **Chapitre 5 : Discussion**

Les constats en lien avec les résultats obtenus lors de l'analyse des données sont ici présentés et mis en relation avec les notions actuellement connues dans la littérature. Un rapprochement des points saillants de l'étude avec le modèle de soins infirmiers McGill est également fait. Celui-ci permet d'élaborer la possibilité d'une amélioration des soins prodigués aux patients et leurs familles que pourrait engendrer une augmentation de l'utilisation du leadership résonnant par les infirmières-chefs. Enfin, les limites et forces de l'étude sont présentées suivies des recommandations pour la pratique infirmière.

L'objectif de ce mémoire était d'analyser l'influence de la culture organisationnelle et du type de leadership des infirmières-chefs sur l'intention de quitter le poste actuel et sur la qualité perçue du milieu des infirmières soignantes. Nous avons également analysé la présence de l'effet médiateur du leadership entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu ainsi que l'intention de quitter le milieu de travail actuel.

### **5.1 Les résultats obtenus**

Nous discutons ici des principaux éléments constatés suite aux analyses effectuées. Les résultats sont présentés selon les questions de recherche décrites précédemment.

#### **La culture organisationnelle influence le type de leadership utilisé**

En effet, la culture organisationnelle influence le type de leadership utilisé par les infirmières-chefs. La culture organisationnelle de type A (affiliée à l'Université de Montréal, langue de travail francophone) semble induire davantage de leadership mixte et moins de leadership résonnant ( $p < 0,001$ ). Alors que la culture organisationnelle de type B (affiliée à l'Université McGill, langue de travail anglophone) présente les résultats opposés soit, davantage de leadership résonnant.

Tel que mentionné par Schein (2010) et Keyton (2011), la culture organisationnelle propre à chaque établissement engendre une façon d'agir typique, un mode de pensée particulier de tout individu œuvrant au sein d'une même organisation.

### **Le type de leadership influence la qualité perçue du milieu**

Le type de leadership influence la qualité perçue du milieu par les infirmières. En effet, le leadership résonnant influence positivement la qualité perçue du milieu alors que le leadership dissonant engendre la perception inverse ( $p=0,03$ ). Le leadership mixte semble plutôt avoir un effet mitigé sur la qualité perçue du milieu.

Les résultats obtenus concordent avec l'étude de Wade et al. (2008) qui indique une relation entre la satisfaction au travail et les habiletés ainsi que le soutien offert par l'infirmière-chef. Brown (2007) dénote également un effet direct des méthodes de communication ainsi que l'ouverture de l'infirmière-chef sur la satisfaction au travail des infirmières.

### **La culture organisationnelle influence la qualité perçue du milieu**

La culture organisationnelle a une influence sur la qualité perçue du milieu de travail. De ce fait, les infirmières travaillant en culture organisationnelle de type A sont moins satisfaites de leur milieu que leurs consoeurs qui se trouvent en culture organisationnelle de type B.

Bien que quelques auteurs (Tallman, 2005; Tourangeau et al, 2010) aient noté une influence en ce sens, aucune relation statistiquement significative n'a été trouvée entre le type de leadership et l'intention de quitter l'unité dans l'année qui vient. Cela s'applique également à l'absence de relation significative entre la culture organisationnelle et l'intention de quitter dans l'année qui vient. Cependant, aucune littérature ne permettant d'apporter des explications supplémentaires n'a été recensée par l'étudiante. Par contre, nous croyons possible que le marché du travail ou encore les privilèges liés à l'ancienneté dans les conventions collectives influencent l'intention de rester en poste de manière plus déterminante que la qualité perçue du milieu. Ainsi, des facteurs structurels pourraient exister qui motivent même les infirmières insatisfaites à rester en poste.



### **L'effet médiateur du leadership**

L'existence de l'effet médiateur du type de leadership a été analysée selon les étapes proposées par Baron & Kenny (1986) décrites précédemment. Les résultats obtenus indiquent la présence d'un effet médiateur du type de leadership lorsque celui-ci est résonnant. Ainsi, nous pouvons affirmer que la qualité perçue du milieu sera davantage satisfaisante pour l'infirmière lorsque l'infirmière-chef utilise un type de leadership résonnant et ce, sans égard à la culture organisationnelle dans laquelle l'infirmière évolue.

Aucune littérature décrivant directement un tel effet n'a été recensé. Cependant, quelques études abordent le sujet et sont discutées ci-après. Selon les résultats de Brown (2007), les types de leadership peuvent avoir une influence sur la rétention des infirmières soignantes et leur satisfaction au travail. Les méthodes de communication ainsi que l'ouverture de l'infirmière-chef ont aussi un effet direct sur la satisfaction au travail des infirmières. Plusieurs études (Aiken & Patrician, 2000; Aiken et al., 2001, Ulrich et al., 2005) suggèrent des caractéristiques associées au leadership des infirmières ayant un effet marqué sur la rétention infirmière : Disponibilité et visibilité, perception par les infirmières d'un bon leadership par le gestionnaire, élaboration et application d'horaires de travail flexibles, collégialité du leadership, encouragement et reconnaissance des actions et efforts infirmiers. Bien qu'elles ne décrivent pas précisément les types de leadership, ces caractéristiques entrent dans la description du leadership résonnant tel que décrit précédemment.

## 5.2 Limites et forces de l'étude

### Limites :

Le taux de réponse aux questionnaires auto-administrés à domicile était d'environ 25% malgré qu'un suivi téléphonique a été effectué auprès des non-répondants trois semaines suivant l'envoi postal afin de maximiser la participation des infirmières.

En considérant les questionnaires reçus qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion ou pour lesquels un consentement verbal n'a pu être obtenu, le taux de réponse valide est de 23,2%. La présence d'une possibilité de biais liée à la non-représentativité des 1000 individus contenus dans l'échantillon sondé est à noter.

Les informations obtenues sont basées sur les perceptions des infirmières soignantes au niveau du style de leadership du gestionnaire, de la satisfaction au travail ainsi que du désir de demeurer en poste. Ainsi, un conflit ponctuel entre une infirmière soignante et sa gestionnaire pourrait biaiser les informations obtenues lors de la collecte de données. Aussi, une même infirmière-chef pourrait obtenir 2 évaluations différentes de son type de leadership. La perception du type de leadership par les subordonnées est subjective et sujet au biais de perception.

L'insatisfaction au travail ayant été démontrée comme élément prédicteur principal de l'intention de quitter le poste actuel (Lavoie-Tremblay et al, 2010), une corrélation est envisagée entre ces variables.

L'échantillon comporte davantage d'infirmières bachelières que de techniciennes malgré le fait qu'au Québec, le niveau de scolarité majoritaire soit le collégial. Les résultats de ce mémoire seront interprétés en considérant que ces échantillons proviennent d'hôpitaux universitaires.

**Forces :**

La présente recherche permet d'analyser les diverses relations entre la culture organisationnelle, le type de leadership et la qualité perçue du milieu. Ce faisant, ces informations permettent une meilleure compréhension des comportements et attitudes des gestionnaires pouvant favoriser la qualité perçue du milieu puis la rétention des infirmières.

Peu d'études comme celle-ci ayant été menées au Canada, la présente recherche permet d'accroître les connaissances sur l'influence qu'ont la culture organisationnelle et le type de leadership sur l'intention de quitter le poste actuel ainsi que la qualité perçue du milieu de travail par les infirmières soignantes. Ces nouvelles données permettent également de mettre en lumière les facteurs favorisant la qualité perçue du milieu. Ainsi, nous pouvons envisager des stratégies en vue d'améliorer la satisfaction en regard de la qualité du milieu de travail des infirmières soignantes et de leur rétention.

### 5.3 Recommandations

Les résultats de cette recherche permettent une meilleure compréhension des relations entre la culture organisationnelle, le type de leadership utilisé par les infirmières-chefs et la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes. Des recommandations concernant les soins cliniques, l'organisation et des recherches futures sont présentées ici.

Au niveau clinique, une amélioration de la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes pourrait favoriser la rétention infirmière sur l'unité. Ce faisant, une meilleure expertise clinique engendrée par la présence d'infirmières expérimentées permettrait une amélioration de la qualité et une prestation sécuritaire des soins. Une meilleure compréhension de l'influence du type de leadership utilisé par l'infirmière-chef pourrait ainsi favoriser la qualité des soins et les conditions de travail des infirmières soignantes.

En ce sens, des périodes de communication pourraient être organisées par le gestionnaire avec les infirmières soignantes afin d'améliorer la compréhension de leur perception en regard de la qualité du milieu. Ceci encouragerait certains traits du leadership résonnant et pourrait constituer la première étape vers une démarche d'amélioration de la qualité perçue du milieu.

Au niveau organisationnel, les analyses effectuées indiquent que le type de leadership résonnant est à encourager auprès des gestionnaires. Une formation permettant une meilleure compréhension des impacts du type de leadership résonnant et des bénéfices inhérents à son utilisation pourrait être bénéfique tant au niveau organisationnel que pour les infirmières-chefs. Le leadership résonnant est caractérisé par la capacité du gestionnaire à : communiquer, encourager la participation, l'implication, le travail d'équipe et le développement professionnel des membres du personnel (Goleman, 2000; Goleman, Boyatzis, McKee, 2002). Ce type de leadership ayant la capacité d'améliorer la rétention infirmière, les coûts d'embauche et de formation de nouvelles infirmières s'en trouveraient diminués.

Finalement, au niveau théorique, tel que mentionné dans les limites de l'étude, le contexte et les milieux de soins où l'étude a été réalisée pouvant être sujet à des contraintes et ainsi engendrer des conflits entre l'infirmière soignante et l'infirmière-chef. Des recherches ultérieures

permettant de sonder à la fois les infirmières-chefs et les infirmières soignantes seraient intéressantes afin d'éviter les biais relatifs à des conflits ou insatisfactions ponctuelles potentiels. Ceci permettrait de sonder directement l'infirmière-chef sur son style de gestion et de vérifier les perceptions des infirmières soignantes. Un processus pourrait ensuite être validé afin d'améliorer les connaissances en regard des types de leadership utilisés et leurs effets sur le personnel soignant.

## 5.4 Conclusion

En conclusion, cette étude a permis d'analyser les relations entre la culture organisationnelle, le type de leadership utilisé par l'infirmière-chef et la perception de la qualité du milieu par les infirmières soignantes. Les analyses effectuées ont permis de mieux comprendre l'influence du type de leadership sur la qualité perçue du milieu de l'infirmière soignante.

Tel que Cummings (2005) l'avait montré, le recours à un leadership résonnant engendre une amélioration de la perception de la qualité du milieu par l'infirmière soignante. Ceci contribue à son tour à diminuer l'intention de l'infirmière soignante à quitter son poste actuel.

Ce travail de maîtrise va toutefois au-delà d'une simple réplique du travail de Cummings (2005). En effet, nous avons bonifié le modèle de Cummings en y ajoutant le concept de culture organisationnelle. Notre hypothèse était que la culture organisationnelle est à la fois un déterminant direct de la perception de la qualité du milieu et à la fois une variable médiatrice en ce qu'elle influence le type de leadership utilisé ce qui, à son tour, influence la perception de la qualité du milieu. Comme nous l'avons expliqué plus tôt, le contexte hospitalier montréalais constitue un milieu d'étude idéal pour tester cette hypothèse. Cette bonification du modèle initial nous a permis de démontrer l'effet médiateur du type de leadership résonnant entre la culture organisationnelle et la qualité perçue du milieu par les infirmières soignantes. En d'autres mots, la culture organisationnelle semble être un déterminant du type de leadership mis en œuvre par les infirmières-chefs. Ce résultat ouvre la porte à des questions de recherche complémentaires. Tout d'abord, est-ce que cet effet est le produit de la sélection des infirmières-chefs ou bien est-ce un produit du renforcement positif ou négatif de certaines approches de gestion? Dans le premier cas, la recommandation aux organisations est relativement simple, pour améliorer la qualité perçue du milieu, choisissez avec soins vos infirmières-chefs en implantant des mécanismes qui favorisent les candidates ayant un style de leadership résonnant. En revanche, dans le second cas, la solution est beaucoup plus complexe. Comment changer les manières de faire pour améliorer les pratiques? Ceci mène à la seconde question qui porte sur la culture organisationnelle en tant que telle. Si la culture organisationnelle a une telle importance, est-ce qu'il existe des moyens d'interventions pour favoriser un climat positif qui permet de renforcer les pratiques de gestion résonnantes et, par un effet d'entraînement de faire évoluer la culture? Cette dernière question est loin d'être nouvelle et les réponses sont probablement complexes.

Toutefois, les résultats de notre mémoire montrent à quel point la culture organisationnelle est une réalité qui a des impacts directs et importants sur les pratiques.

## Références

- Agrément Canada, 2011, *Rapport d'Agrément : CUSM*, récupéré le 9 juillet 2013 du site : <http://cusm.ca/sites/default/files/micro/Rapport-de-visite-agrement-CUSM-2010.pdf>
- Aiken, L.H., Patrician, P.A., 2000, Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research* 49, pp. 146–153.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M., Shamian, J., 2001, Nurses' reports on hospital care in five countries, *Health Affairs* 20, pp. 43–53.
- APESQa, 2010, Hôpital Royal-Victoria, tiré de <http://www.apesquebec.org/page?a=1140&lang=fr-CA>
- APESQb, 2010, Hôpital général de Montréal, tiré de <http://www.apesquebec.org/page?a=1131&lang=fr-CA>
- APESQc, 2010, Hôpital Neurologique de Montréal, tiré de <http://www.apesquebec.org/page?a=1154&lang=fr-CA>
- Baron, R., Kenny, D., 1986, The Moderator – Mediator Variable Distinction in Social psychological Research : Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol51 No6, pp. 1173-1182.
- Boudrias, J.S., Morion, A., Brodeur, M.M., 2012, Role of psychological empowerment in the reduction of burnout in Canadian healthcare workers, *Nursing and Health Sciences*, 14, pp.8-17.
- Bratt, M.M., Broome, M., Kelber, S., & Los-tocco, L. (2000). Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 9, 307–317.
- Breitsneider, J., Glenn-West, R., Green-Smolenski, J. & Richardson, C. (2010). Strengthening the voice of the Clinical Nurse : The design and implementation of a Shared Governance Model. *Nursing Administration Quarterly*, 34(1), 41-48.
- Brown, V. (2007). Shifting priorities. *Health management technology*. Pages récupérées le 20 février 2010 de [www.healthmgttech.com](http://www.healthmgttech.com)
- Brunelle, Y., & all, 2009, Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler est un hôpital où il fait bon se faire soigner, *Pratiques et organisation des soins*, vol 40 (1)
- Cameron, K., Quinn, R., 2006, *Diagnosing and changing organization culture : Based on the competing values framework, revised edition*, Jossey-Bass, San Francisco
- CHUMa, 2012, L'Hôtel-Dieu, tiré de <http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/a-propos-du-chum/notre-histoire/l-hotel-dieu>
- CHUMb, 2012, L'Hôpital Notre-Dame, tiré de <http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/a-propos-du-chum/notre-histoire/l-hopital-notre-dame>



CHUMc, 2012, L'Hôpital St-Luc, tiré de <http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/a-propos-du-chum/notre-histoire/l-hopital-saint-luc>

Cohen, J., 1988, *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, ISBN 0-8058-0283-5

Collectif CHUM, *Rapport annuel 2011-2012 CHUM*, Montréal, Bibliothèque Nationale du Québec, ISSN 1493-0471.

Collectif CUSM 2011, *Les nombreux visages du CUSM : Rapport annuel 2010-2011*, CUSM, tiré de <http://cusm.ca/ar2010/page/conseil-dadministration-du-cusm-0> le 9 septembre 2012.

Collectif, *Rapport à la collectivité : Passion et partenariats en période de défi*, Département des affaires et des communications HGJ, Montréal, #40062499

Cowden, T., Cummings, G., Profetto-McGrath, J., 2011, Leadership practices and staff nurses' intent to stay : a systematic review, *Journal of Nursing Management*, vol. 19, pp. 461-477.

Creavin, S, Creavin, A & Mallen, C 2011, 'Do GPs respond to postal questionnaire surveys? A comprehensive review of primary care literature'. *Fam Pract.*, pp. 461 - 467

Creswell, J., 2009, *Research Design : Qualitative, Quantitative and Mixed Approaches third Edition*, Les publications Sage, Thousand Oaks, Californie

Cummings, G., Hayduk, L., Estabrooks, C., 2005, Mitigating the Impact of Hospital Restructuring on Nurses: The responsibility of Emotional Intelligent Leadership, *Nursing Research*, Vol54 (1).

Dallaire, C. Bujold, M., 2005, Administration des services infirmiers : *Enjeux futurs et tendances actuelles de recherche, document préparé pour le comité de planification stratégique du centre FERASI*, Université de Montréal. Tiré du site : [http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07\\_info/Rapport%20traduction%20FRAN%20mars%2006.pdf](http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport%20traduction%20FRAN%20mars%2006.pdf) le 14 décembre 2010.

Desrochers, P., Ghali, R., Leblanc, M., Miron, S., Bazylewicz, N., & all, 2011, *Plan stratégique 2011-2014*, HMR. Tiré du site : [http://www.maisonneuve-rosemont.org/doc/hopital/documents/plan%20strategique/Plan%20strat%C3%A9gique%20HMR%202011\\_version%20int%C3%A9grale\\_final\\_110822.pdf](http://www.maisonneuve-rosemont.org/doc/hopital/documents/plan%20strategique/Plan%20strat%C3%A9gique%20HMR%202011_version%20int%C3%A9grale_final_110822.pdf) le 7 septembre 2012.

Dillman, Don A. 1978. *Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method*. New York: Wiley-Interscience.

Dillman, Don A. 2000. *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method. 2nd Edition*. New York: John Wiley Co.

Duffield, C., Roche, M., Blay, N., Stasa, H., 2010, Nursing units managers, staff retention and the work environment, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, pp. 23-33.

- Fortin, M.F., 2006, *Fondements et étapes du processus de recherche*, Les éditions de la Chenelière inc., Montréal, Québec
- George, J.M., 2000, Emotions and leadership: the role of emotional intelligence, *Human relations*, 53(8), 1027-1055.
- Goleman, G., 1998, *Working with emotional intelligence*, Bantam Books : New York, NY.
- Goleman, D., 2000, Leadership that gets results, *Harvard Business Review : On Point*, March-April 2000
- Goleman, D., Boyatzis, R., McKee, A., 2002, *The new Leaders: Transforming the Art of Leadership Into the Science of Results*. London, England: Little, Brown.
- Gullatte, M., Jirasakhiran, E., 2005, Retention and Recruitment : Reversing the Ordre, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Vol9 No5., pp.597-604.
- Hartner, J.K., Schmidt, F.L., Hayes, T.L., 2002, Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement and business outcomes: A meta analysis, *Journal of applied psychology*, 87, 268-279. Tiré de Zori, S., Nosek, L., Musil, C., 2010, Critical Thinking of Nurse Managers Related to Staff RNs' Perception of the Practice Environment, *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), p.305-313
- Hayes, J.M., Scott, A., 2007, Mentoring partnership as the wave of the future for new graduates, *Nursing education perspective*, January/February, vol. 28 (1).
- Hayes, J.M., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H., North, N., Stone, P., 2006, Nurse Turnover: A literature review, *International Journal of Nursing Studies*, vol 43.
- Hellman, C.M., (1997), Job satisfaction and intent to leave, *Journal of Social Psychology*, 137(6), 677-689.
- Jones, E.G., Kay, M., 1992, «Instrumentation in cross-cultural research, «*Nursing research*, 18(20), p30-39
- Kasey, K., Flink, R., Krugman, M., Propst, J., 2004, The graduate nurse experience, *Journal of nursing administration vol. 34(6)*.
- Keyton, J., 2011, *Communication & Organizational Culture: A key to understanding work experiences*, 2<sup>e</sup> edition, Sage Publications inc., Californie
- Lacey, S., Teasley, S. & Cox, K. (2009). Differences between Pediatric Registered Nurses' Perception of Organizational Support, Intent to stay, Workload and Overall Satisfaction, and Years employed as a Nurse in Magnet and non-Magnet Pediatric Hospitals: Implications for administrators. *Nurse administration Quarterly*, 33(1), 6-13.
- Laschinger, H.K., Wong, C., Greco, P., 2006, The impact of staff nurse empowerment on person–job fit and work engagement/burnout. *Nurse administration Quarterly*, 30: 358–367.

- Lashinger, H.K., Leiter, M., Day, A., Gillin, D., 2009, Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes, *Journal of Nursing Management*, 17, p302-311.
- Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Duchesne, M.A., Saneto, A., Gavranic, A., Courcy, F., Gagnon, S., 2010, Retaining nurses and other hospital workers: an intergenerational perspective of work climate, *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (4), p414-422
- Leiter, M., Maslach, C., 2009, Nurse Turnover: the mediating role of burnout, *Journal of Nursing management*, vol. 17, p331-339
- Leners, D., Wilson, V., Connor, P., Fenton, J., 2006, Mentorship: Increasing retention probabilities, *Journal of Nursing management*, vol. 14
- Lowe, G.S., 2002, *Rapport de l'atelier : Les indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières du Canada*, Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Lum, L., Kervin, J., Clark, K., Reid, F., Sirola, W., 1998, Explaining nursing turnover intent : job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment? *Journal of Organization Behaviour* 19 (3), 305-320.
- Maheux, B., Legault, C., Lambert, J., 1989, Increasing response rates in physicians' mail surveys : an experimental study, *American Journal of Public Health*, 79 (5), 638-639.
- McCallin, A., & Bamford, A., 2007, Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated?, *Journal of Nursing Management*, 15(4), p386-391.
- McGillis Hall, L., Irvine, D., Baker, G.R., Pink, G., Sidanie, S., O'Brien, Pallas, L., 2001, *Study of the Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change strategies on Patient, System & Nurse Outcomes*, Toronto, Faculty of nursing, University of Toronto and Canadian Health, Services Research Foundation
- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G., Shamian, J., Xiaoqiang, L., Hayes, L., 2010, Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study, *Journal of nursing management*, vol. 18 (8).
- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G., Shamian, P., 2010 a), Nurses turnover in Canadian hospitals, Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé
- OIIQ, 2011, Alors que la formation universitaire gagne en popularité : Le décalage du Québec avec l'Amérique du Nord s'accroît, *Info-Stats*, vol3(5).
- Pfeffer, J., Salancik, G.R., 2003, Chapter one: An external perspective on Organizations, *The external control of Organizations: A resource dependence perspective (pp1-22)*, Standford: Standford University Press
- Polit, D.F., Beck, C.T., 2004, *Nursing research: Principles and methods*, 7<sup>e</sup> ed., Philadelphie, Lippincott, Williams & Wilkins.
- Raosoft, 2004, Sample size calculator, tiré de <http://www.raosoft.com/samplesize.html>

- Schein, E., 2010, *Organizational culture and Leadership, fourth edition*, Jossey-Bass, San Francisco
- Shields, J., Ward, M., 2001, Improving nurse retention in the National health Service in England : the impact of job satisfaction on intentions to quit, *Journal of Health and Economy, Sep :20 (5)*, 677-701.
- Stordeur, R., D'Hoore, W., NEXT-Study group, 2006, Organizational configuration of hospital succeeding in attracting and retaining nurses, *Journal of Advanced Nursing, 57(1)*, pp. 45-58.
- Tallman, R., Bruning, N., 2005, Hospital Nurses' intention to remain: exploring a Northern context, *The Healthcare management, 24 (1)*, p32-43
- Tellez, M., 2012, Work Satisfaction Among California Registered Nurses : a Longitudinal Comparative Analysis, *Nursing Economic\$, Vol30 No2*, pp 73-81.
- Tzeng, H-M., 2002, The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit : an empirical investigation in Taiwan, *International Journal of Nursing Studies 39*, 867-878
- Tourangeau, A., Cummings, G., Cranley, L., Ferron, E., Harvey, S., 2009, Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding, *Journal of advanced nursing 66 (1)p 22-32*.
- Tourangeau, A., Cranley, L., Lashinger, H., Pachis, J., 2010, Relationships amongst leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care, *Journal of Nursing Management, 18*, pp 1060-1072.
- Ulrich, B.T., Buerhaus, P.I., Donelan, K., Norman, L. Dittus, R., 2005, How RNs view the work environment: results of a national survey of registered nurses, *Journal of Nursing Administration 35*, pp. 389-396.
- Unruh, L., Nooney, J., 2011, Newly licenced registered nurses' perceptions of job difficulties, demands and control : individual and organization predictors, *Journal of Nursing Management, vol.19*, pp.572-584.
- Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., Vargas, D., 2004, Nurse burnout and patient satisfaction, *Medical Care, 42 (2)*
- VanGeest, J., Johnson, TP., 2011, Surveying nurses : Identifying strategies to improve participation, *Evaluation and Health Professions, 34 : 487-511*
- Wade, G.H., Osgood, B., Avino, K., Bucher, G., Bucher, L., Foraker, T., French, D., Sirkowski, C., 2008, Influence of organizational characteristics and caring attributes of managers on nurses' job enjoyment, *Journal of Advanced Nursing 64(4)*, pp. 344-353
- Wells, J., Mamuel, M., Cunning, G., 2011, Changing the model of care delivery : nurses' perceptions of job satisfaction and care effectiveness, *Journal of Nursing Management, 19*, 777-785.
- Whitty, L., 2011, *Rapport Annuel 2012-2011*, Bibliothèque et Archives Nationales du Québec, ISSN1486-5475

## **Annexes**

**Annexe 1 : Lettres de présentation**

Bonjour,

Je suis infirmière depuis six ans et je connais les problématiques sur les unités de soins. J'ai décidé d'étudier à la maîtrise afin de mieux comprendre les problèmes que nous vivons et contribuer à trouver des solutions.

Mon projet de maîtrise porte sur l'influence du style de leadership de l'infirmière chef, son impact sur la satisfaction au travail des infirmières soignantes et l'intention de quitter le poste actuel.

Afin d'avoir une image plus claire de la situation et en faire une analyse adéquate, votre participation au projet est très importante.

**Méthodologie, critères d'inclusion/exclusion**

Vous êtes libre de participer à cette étude et vous pouvez vous retirer en tout temps même après avoir complété et renvoyé le questionnaire. Le questionnaire complété sera détruit suite à votre avis de désistement. Pour toutes questions ou pour m'informer de votre désistement, vous pouvez me contacter par courriel au : @umontreal.ca ou par téléphone au : . Les données obtenues seront conservées de façon confidentielle et seront codées afin que vous ne puissiez pas être identifiée.

Pour participer à l'étude, vous devez signer le consentement ci-joint, compléter un questionnaire de 25 questions au total; portant sur le style de leadership de votre infirmière chef, sur votre intention de rester en poste et certaines informations démographiques telles que vos années d'expérience sur l'unité et votre quart de travail. Si vous préférez compléter un questionnaire en anglais, vous pouvez me contacter et celui-ci vous sera envoyé dans les plus brefs délais. Compléter le questionnaire prendra environ dix minutes de votre temps.

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Une carte cadeau iTunes de 25\$ sera tirée au hasard parmi les questionnaires complétés reçus.

Merci de participer à ce projet qui permettra peut-être d'identifier des mesures à prendre afin d'améliorer la qualité de vie au travail des infirmières et par conséquent, la qualité des soins prodigués à nos patients.

Sincèrement,

Myriam Ménard,  
Bsc.inf., Msc.inf(c)

Good day,

I have been a registered nurse for six years and I understand units challenges. I have decided to complete a master's degree to study problems we experience as nurses and to help find solutions.

My master's thesis regards the nurse managers leadership style, its impact on satisfaction and nurse retention.

Your participation in the research is very important as it will allow us to increase knowledge and properly analyze the situation.

**Methodology, inclusion/exclusion criteria**

You are free to participate in the research and will be able to withdraw at any time after completing the questionnaire. The questionnaire will be destroyed after your notice of withdrawal is received. For any information or to withdraw, I can be reached at: @umontreal.ca or by phone: . Information received will be confidential and coded to prevent participants identification.

To participate in the research, please sign the joined consent form and fill the questionnaire. It contains 25 questions regarding your nurse manager's leadership style, your intent to stay on the unit and some demographic information such as years of experience and shifts you regularly work on. If you prefer to fill the French questionnaire, please contact me and it will be sent to you as soon as possible. Filling the questionnaire takes about 10 minutes.

No personal benefit will be earned from participating in the research. However, results obtained might contribute in increasing knowledge in this purview. A 25\$ iTunes gift card will be randomly drawn from the received completed questionnaires.

Thank you for participating in this research which may identify measures to be taken to improve nurses work satisfaction and therefore our patients quality of care.

Sincerely,

Myriam Ménard,  
BSN, MSN(c)

---



**Annexe 2 : Consentement**

## **Formulaire d'information et de consentement**

### **Description du projet de recherche**

*Cette étude est une analyse des interrelations entre la culture organisationnelle, le style de leadership des infirmières-chefs, la satisfaction au travail ainsi que l'intention de quitter son poste chez les infirmières-soignantes.*

L'étude vise à identifier l'influence du milieu de travail et du style de leadership des infirmières chefs sur la rétention et la satisfaction des infirmières. Les résultats permettront d'élaborer des recommandations aux gestionnaires pour améliorer la rétention des infirmières sur les unités. Comme vous le savez sûrement, une meilleure rétention augmente la qualité des soins prodigués aux patients et permet une meilleure satisfaction au travail.

L'étude répondra à trois questions de recherche spécifiques:

- 1) Quelle est l'influence de la culture organisationnelle (milieu de travail) sur le type de leadership utilisé par les infirmières chefs?
- 2) Quelle est l'influence du type de leadership des infirmières chefs sur l'intention de quitter le poste actuel et la satisfaction au travail des infirmières soignantes?
- 3) Quelle est l'influence de la culture organisationnelle (milieu de travail) sur l'intention de quitter le poste actuel et la satisfaction au travail des infirmières soignantes?

### **Nature, durée et conditions de la participation**

Votre participation à cette étude consiste à remplir le questionnaire ci-joint et à la renvoyer électroniquement ou grâce à l'enveloppe préaffranchie ci-jointe. Vous serez recontactée seulement si vous demandez de l'information concernant les résultats de recherche.

Votre participation à l'étude est demandée suite à une sélection par le biostatisticien de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). La sélection a été faite en utilisant les critères suivants : vous êtes infirmière soignante sur une unité depuis au moins six mois dans l'un des hôpitaux ciblés par l'étude et avez consenti, lors du renouvellement de permis de l'OIIQ pour l'année 2012-13 à être contacté dans le cadre d'un projet de recherche.

### **Risques et inconvénients**

Aucun risque ou inconvénient ne seront encourus par les participants. Le questionnaire prendra environ 10 minutes à compléter.

**Avantages et bénéfices**

Les participants ne bénéficient d'aucun avantage ou bénéfice. Cette étude permettra cependant d'améliorer la compréhension de la situation et peut-être d'effectuer des recommandations permettant d'améliorer l'environnement de travail et la satisfaction au travail des infirmières.

**Compensation**

Une carte iTunes de 25\$ sera tirée au hasard parmi les sondages complétés reçus.

**Diffusion des résultats**

Suite à l'analyse des données reçues, un mémoire sera rédigé. Il sera accessible sur le site de l'université de Montréal pour le grand public. Un article scientifique sera également rédigé et sera soumis pour publication dans la revue *Nursing Research*.

**Protection de la confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, le chercheur et son équipe recueilleront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Vous ne serez identifié que par un numéro de code auquel seule l'équipe de recherche aura accès. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par le chercheur responsable.

Les données de recherche seront conservées dans une filière verrouillée à clef pendant sept ans après la fin de l'étude et seront détruites par la suite.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CÉRES) de l'Université de Montréal. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

**Droit de retrait**

Vous pouvez vous retirer de cette étude en tout temps, sans avoir à donner de raison. Vous n'avez qu'à aviser la personne-ressource de l'équipe de recherche par courriel ou téléphone. Le questionnaire complété sera alors détruit.

**Personnes-ressources**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Myriam Ménard, Infirmière, étudiante à la maîtrise ( ).

Si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Myriam Ménard, Infirmière, étudiante à la maîtrise ( ).

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordonnateur Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) par courriel : [ceres@umontreal.ca](mailto:ceres@umontreal.ca) ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

**Consentement**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer.

---

Prénom et nom du participant  
(caractère d'imprimerie)

---

Signature du participant

---

Date :

---

## **Information form and consent**

### **Project description**

This study analyzes the influence of organizational culture and leadership styles on nurses work satisfaction and intent to stay on unit.

The study aims to identify the influence of work environment and nurse managers leadership style on bedside nurses retention and work satisfaction. Results will allow researchers to suggest recommendations to increase nurses retention. As you know, better retention increases work satisfaction and quality of care provided to our patients.

The research has three specific questions:

- 1) What influence does organizational culture (work environment) have on nurse managers leadership style?
- 2) What influence does nurse managers leadership have on bedside nurses intent to quit the unit and their work satisfaction?
- 3) What influence does organizational culture (work environment) have on bedside nurses intent to quit the unit and work satisfaction?

### **Nature, term and participation conditions**

Your participation to the study consists in completing the joined questionnaire and sending it back either electronically or with the prepaid envelope. You will be contacted again only if you asked to be informed of the research results.

Your participation is required after being selected by the statistician of Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Selection was made using the following criteria: You have been a nurse on the same unit for at least six months in one of the hospitals targeted for this study and you gave consent to be contacted for research purposes when renewing your practice license for 2012-2013.

### **Risks and inconvenients**

No risk or inconvenient shall be encountered by participants. Questionnaire completion takes about 10 minutes.

### **Advantages and benefits**

Participants will not gain advantages nor benefits. The study will allow researchers to better understand situation and may help provide recommendations to increase nurses satisfaction of their work environment and nurses retention.

### **Compensation**

A 25\$ iTunes gift card will be randomly drawn from completed questionnaires.

### **Results diffusion**

After data analysis, a master's thesis will be written. It will be available on Université de Montréal's website. An article will be written and submitted for publication in the *Nursing Research Journal*.

### **Confidentiality**

While you are participating in present research, information will be kept in a chart by researchers to answer scientific demands and objectives.

All information will be kept strictly confidential. Your identification will be coded and only research members will have access to your information. The key linking your name to your research file will be kept by the principal researcher.

Research information will be kept in a locked file cabinet for 7 years after the study is completed. Information will be destroyed afterwards.

You have the right to consult your file to verify and correct information if needed. However, to preserve scientific integrity, you may only access specific information once your participation in the research is completed.

For surveillance and control purposes, your file may be consulted by a mandated person from « le Comité d'éthique de la recherche en santé (CÉRES) de l'Université de Montréal ». This person will respect confidentiality measures.

**Right to withdraw**

You can withdraw from research at any time, no questions asked. You can do so by contacting the research teams resource person by phone or email. The questionnaire you completed will then be destroyed.

**Resource person**

If you have any questions on the scientific aspects of the research project or to withdraw from the research, please contact : Myriam Ménard, RN and master's student ( ).

For any questions on ethic aspects regarding research, contact the coordonnator of « Comité d'éthique de la recherche en santé » (CERES) by email: [ceres@umontreal.ca](mailto:ceres@umontreal.ca) or phone (514-343-6111 extension 2604).

For any information on rights as a research participant, you can contact the Montreal University research participants portal at: <http://www.recherche.umontreal.ca/participants>.

Any complaint related to your participation in the present research can be addressed to Montreal University Ombudsman at (514) 343-2100 or by email: [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). Ombudsman accepts collect calls. He speaks French and English and answers calls from 9:00 to 17:00.

**Consent**

Your participation in this study is voluntary. Therefore, you are free to accept or refuse participating in it.

---

Given name and name  
(capital letters)

---

Signature

---

Date :

---

**Annexe 3 : Questionnaires**

Indiquer sur une échelle de 1 (tout à fait en accord) à 4 (tout à fait en désaccord) le niveau avec lequel l'énoncé représente votre environnement de travail.

	1	2	3	4
L'administration est attentive et réagit face aux inquiétudes des employés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon supérieur ou un superviseur appuie les décisions prises par les infirmières même si elles contredisent celles d'un médecin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'infirmière-chef ou le superviseur clinique discute quotidiennement avec les infirmières soignantes des problèmes rencontrés sur l'unité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les infirmières ont accès à de l'éducation continue et du développement professionnel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'administration s'attend à la prestation de soins infirmiers de haute qualité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les infirmières au chevet peuvent participer à la prise de décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation soutient les idées nouvelles et innovatrices.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les infirmières ont la possibilité de prendre des décisions importantes en ce qui concerne les soins au patient et l'organisation du travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il existe une philosophie infirmière qui englobe et caractérise tout l'environnement de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne suis pas dans une situation où je dois faire des choses allant contre mon jugement clinique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il existe une infirmière sénior facilement accessible et disponible pour les infirmières soignantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les infirmières soignantes peuvent siéger aux comités de soins infirmiers et aux comités de l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un travail bien fait entraîne reconnaissance et félicitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous satisfait de votre milieu de travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le niveau d'autonomie dans la prise de décision est adéquat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Influence de la culture organisationnelle et du type de leadership sur la satisfaction au travail des infirmières soignantes.** Page 2 of 2

Université de Montréal

Faculté de Sciences Infirmières

Seq: UVDZ

Dans mon milieu de travail, il y a un bon travail d'équipe entre les infirmières et les médecins.

Dans mon milieu de travail, il y a un bon travail d'équipe entre les infirmières et les autres professionnels.

Ancienneté sur l'unité

	< 6m	6m-1an	3-5a	5-10a	10-15a
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Années d'expérience comme infirmière

	< 1 an	1-3a	3-5a	5-10a	10-15a
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En vous basant sur les 2 dernières semaines travaillées, combien avez-vous de patients à charge en moyenne?

	< 3	3-5	5-7	8-10	11-14	>15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans les deux dernières semaines, quel quart de travail avez-vous fait en majorité?

	jour	soir	nuit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous l'intention de quitter votre poste actuel pour la prochaine année?

	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Éducation**

- DEC soins infirmiers
- BACC sciences infirmières
- Maîtrise sciences infirmières
- DESS
- Autre: \_\_\_\_\_

**Milieu de travail**

- Hôpital Maisonneuve
- Hôpital Général Juif
- Hôpital St-Luc
- Hôpital Royal-Victoria
- Autre: \_\_\_\_\_

Indicate on a scale from 1 (strongly agree) to 4 (strongly disagree) the degree to which the statement describes your current work environment.

	1	2	3	4
The administration listens and responds to employee concerns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A manager or supervisor who backs up the nursing staff in decision-making, even if the conflict is with a physician	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nurse managers or clinical supervisors consult with staff on daily problems and procedures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Active staff development or continuing education programs for nurses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High standards of nursing care are expected by the administration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opportunity for staff nurses to participate in policy decision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Support for new and innovative ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freedom to make important patient care and work decisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A clear philosophy of nursing that pervades the patient care environment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Not being placed in a position of having to do things that are against my nursing judgment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A senior nursing administrator who is highly visible and accessible to staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staff nurses have the opportunity to serve on hospital and nursing committee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praise and recognition for a job well done	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you satisfied with your work environment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonomy level in regards to decision making is adequate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nurses and physicians work as a team on the unit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nurses and other professionals work as a team on the unit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

	<b>&lt; 6mo</b>	<b>6mo-1y</b>	<b>3-5y</b>	<b>5-10y</b>	<b>10-15y</b>	
Seniority on the unit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>&lt; 1y</b>	<b>1-3y</b>	<b>3-5y</b>	<b>5-10y</b>	<b>10-15y</b>	
Years of nursing experience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>&lt; 3</b>	<b>3-5</b>	<b>5-7</b>	<b>8-10</b>	<b>11-14</b>	<b>&gt;15</b>
How many patients in average were you assigned in the last two weeks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>day</b>	<b>evening</b>	<b>night</b>
What shift have you mostly worked on in the last two weeks?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<b>Yes</b>	<b>No</b>
Do you intent to quit your current position in the coming year?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Education</b>						
<input type="checkbox"/>	College degree in Nursing					
<input type="checkbox"/>	BACC in Nursing					
<input type="checkbox"/>	Masters in Nursing					
<input type="checkbox"/>	Specialized graduate diploma					
<input type="checkbox"/>	Other: _____					
<b>Working at</b>						
<input type="checkbox"/>	Maisonneuve Hospital					
<input type="checkbox"/>	Jewish General Hospital					
<input type="checkbox"/>	St-Luc Hospital					
<input type="checkbox"/>	Royal-Victoria Hospital					
<input type="checkbox"/>	Other: _____					

---

**Annexe 4 : Tableau d'analyse des types de leadership utilisé par Cummings (2005)**

**Tableau 12 : Analyse des types de leadership utilisé par Cummings (2005)**

Table 1. Interpreting leadership styles in Goleman, Boyatzis, McKee (2002)		Resonant Styles					Mixed	Dissonant	Styles
Leadership	Survey Question	Visionary	Coaching	Affiliative	Democratic		Pace-	Command-	
Competency							setting	ing	
Empathy	Administration that listens and responds to employee concerns	present	present	present	present		absent	<i>absent</i>	
Conflict management	A manager or supervisor who backs up the nursing staff in decision-making, even if the conflict is with a physician			present				<i>absent</i>	
Participatory	Nurse managers or clinical supervisors consult with staff on daily problems and procedures			present	present		absent		
Developing others	Active staff development or continuing education programs for nurses		present				absent		
Achievement focused	High standards of nursing care are expected by the administration.	present	present				present		
Power & influence sharing	Opportunity for staff nurses to participate in policy decision				present		absent	<i>absent</i>	

Innovation	Support for new and innovative ideas	present					absent	
Empowering	Freedom to make important patient care and work decisions	present	present		present			<i>Absent</i>
Visionary – inspiring	<i>A clear philosophy of nursing that pervades the patient care environment</i>				<i>present</i>			
Integrity	<i>Not being placed in a position of having to do things that are against my nursing judgment.</i>				<i>present</i>			
Relationship focused	<i>A senior nursing administrator who is highly visible and accessible to staff</i>		<i>present</i>	<i>present</i>	<i>present</i>			<i>absent</i>
Teamwork	<i>Staff nurses have the opportunity to serve on hospital and nursing committee</i>		<i>present</i>		<i>present</i>		<i>present</i>	
Recognition	<i>Praise and recognition for a job well done</i>				<i>present</i>			<i>absent</i>
Cases (n)		699	851	716	1065	1065	674	799

Note. To be classified as working for a specific leadership style, a nurse had to have agreed or strongly agreed with all the survey questions marked as *present* and to have disagreed or strongly disagreed with all the survey questions marked *absent* in the applicable column. An empty cell means this leadership competency was not relevant to classifying the leadership style heading the column.

## **Annexe 5 : Tableaux descriptifs détaillés**

**Tableau 13 : Descriptif détaillé des variables sociodémographiques**

Variabes	Effectifs	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
<b>Ancienneté sur l'unité</b>			
6mo à 3 ans	22	9,5	9,5
3 à 5	64	27,6	37,1
5 à 10	72	31	68,1
10 à 15	58	25	93,1
Plus de 15	16	6,9	100
Total	232	100	
<b>Années d'expérience infirmière</b>			
1 à 3	12	5,2	5,2
3 à 5	30	12,9	18,1
5 à 10	65	28	46,1
10 à 15	85	36,6	82,8
Plus de 15	40	17,2	100
Total	232	100	
<b>Patients à charge</b>			
moins de 3	54	25,7	25,7
3 à 5	39	18,6	44,3
5 à 7	47	22,4	66,7
8 à 10	30	14,3	81
11 à 14	10	4,8	85,7
plus de 15	30	14,3	100
Valeur manquante	22		
Total	232		
<b>Quart travaillé</b>			
jour	145	63,9	63,9
soir	43	18,9	82,8
nuît	39	17,2	100
Valeur manquante	5		
Total	232		
<b>Éducation</b>			
DEC	101	43,7	43,7
BACC	114	49,4	93,1
Maitrise	12	5,2	98,3
DESS	1	0,4	98,7
autres	3	1,3	100
Valeur manquante	1		
Total	232		



**Annexe 6 : Analyses bivariées**

**Tableau 14 : Relations entre la culture, le leadership et les données sociodémographiques**

Variable 1	Variable 2	Khi-2	ddl	P-valeur
Culture	Expérience	0,803	2	0,669
	Ancienneté sur l'unité	5,422	3	0,143
	Patients à charge	8,918	3	0,030*
	Quart travaillé	3,969	2	0,137
	Éducation	17,383	2	<0,001*
Leadership	Expérience	3,928	4	0,416
	Ancienneté sur l'unité	6,377	6	0,382
	Patients à charge	14,852	6	0,21*
	Quart travaillé	4,473	4	0,346
	Éducation	13,087	4	0,011*

\* significatif à 5%

**Tableau 15 : Relation entre la culture organisationnelle et le leadership (V.I.)**

Variable 1	Variable 2	Khi-2	ddl	P-valeur
Culture	leadership	26,565	1	<0,001*

\* significatif à 5%

**Tableau 16 : Relations entre les V.I. et qualité perçue du milieu puis intention de quitter**

Variable 1	Variable 2	Khi-2	ddl	P-valeur
Culture	Qualité perçue du milieu	7,74	1	0,005*
	Intention de quitter	0,06	1	0,807
Leadership	Qualité perçue du milieu	54,665	2	<0,001*
	Intention de quitter	3,49	2	0,175

\* significatif à 5%

**Tableau 17 : Relations entre l'intention de quitter et la qualité perçue du milieu et les données sociodémographiques**

Variable 1	Variable 2	Khi-2	ddl	P-valeur
Qualité perçue du milieu	Expérience	4,478	2	0,107
	Ancienneté sur l'unité	4,072	3	0,254
	Patients à charge	6,562	3	0,087
	Quart travaillé	0,235	2	0,889
	Éducation	5,174	2	0,75
	Intention de quitter		16,648	1
Intention de quitter	Expérience	2,609	2	0,271
	Ancienneté sur l'unité	2,657	3	0,448
	Patients à charge	0,152	2	0,927
	Quart travaillé	2,676	2	0,262
	Éducation	1,556	4	0,817

\* significatif à 5%