



Université du Québec
à Rimouski

**EXPLORATION DE LA PERCEPTION DES INFIRMIÈRES
QUANT AUX FACTEURS QUI INFLUENCENT LEUR
IMPLICATION LORS DE L'IMPLANTATION D'UN
CHANGEMENT ORGANISATIONNEL :
UNE ÉTUDE DE CAS**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)

PAR

© **FANNY BERNARD**

Septembre 2020

Composition du jury :

Emmanuelle Jean, président du jury, Université du Québec à Rimouski

Guy Bélanger, directeur de recherche, Université du Québec à Rimouski

Andrée-Ann Deschênes, examinateur externe, Université du Québec à Rimouski

Dépôt initial le 18 décembre 2019

Dépôt final le 1^{er} septembre 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de recherche, monsieur Guy Bélanger, pour son temps, sa rigueur et ses précieux conseils. Il a su me guider tout au long de la rédaction de mon mémoire. Je remercie aussi chaleureusement toutes les personnes qui m'ont soutenue de près ou de loin durant ce projet d'étude. Plusieurs d'entre vous ont été témoins, au cours des dernières années, des efforts déployés, des sacrifices demandés et des choix qui en ont découlés. À certains moments, où l'envie d'abandonner me traversait l'esprit, vous étiez là. Vos bons mots d'encouragement échangés ici et là m'ont aidé à garder mes manches retroussées et mes doigts sur mon clavier d'ordinateur. Je sais que chacun et chacune d'entre vous saura se reconnaître.

RÉSUMÉ

Les organisations de soins s'avèrent des organisations complexes qui font face à de nombreux défis. Un de ces défis réside dans le succès de la gestion d'un changement organisationnel. Le problème à l'origine de cette étude se réfère à l'implantation d'un changement organisationnel important qui avait pour objectif de fusionner deux unités de soins, changement qui s'est soldé par une crise interne et médiatisée. La méthode retenue pour mieux comprendre le problème consiste en une étude de cas qui avait pour but : 1) d'explorer la perception des infirmières quant aux facteurs potentiels ayant influencé positivement ou négativement leur implication lors de la fusion de deux unités de soins dans un centre hospitalier à vocation régionale, et 2) explorer la perception des infirmières et des gestionnaires par rapport à l'implication mutuelle au regard de la gestion des soins infirmiers. L'étude de cas est appuyée par un cadre de référence qui intègre l'approche du développement organisationnel de Denis et Champagne (1990) et la théorie des phases de préoccupations de Bareil (2004). Cette étude de cas se repose sur une approche qualitative comprenant des entrevues semi-dirigées auprès d'infirmières ($n=6$) ainsi que d'une approche quantitative dans laquelle un questionnaire autoadministré a été soumis à des infirmières de l'unité de médecine ($n=8$) et à des gestionnaires de niveaux intermédiaire et supérieur ($n=6$). L'analyse des données obtenues est présentée distinctement selon ces deux approches. L'analyse des données qualitatives démontre que, selon les perceptions des infirmières, les gestionnaires ont négligé plusieurs actions susceptibles d'influencer positivement leur implication lors des différentes étapes de la gestion du changement organisationnel apporté. L'analyse des données quantitatives, quant à elle, met en évidence une nette divergence de perceptions entre les infirmières et les gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la gestion des soins infirmiers au sein de l'établissement. La discussion présentée révèle clairement que selon la perception des infirmières l'absence de leadership de la part des gestionnaires de l'établissement et la présence d'une structure organisationnelle encore trop hiérarchisée ont influencé négativement l'implication des infirmières lors de la fusion des deux unités de soins contribuant ainsi à la genèse d'une importante crise interne.

Mots clés : Gestion du changement organisationnel, leadership, gestion partagée.

ABSTRACT

Health organizations are complex structures that face a multitude of challenges. One of the key challenges is successfully managing organizational change. The issue underlying this study is the implementation of a major organizational change, the goal of which was to merge two care units. This change resulted in a highly publicized internal crisis. The approach adopted to solve the problem is a case study aimed at: (1) exploring the nurses' perceptions of any factors that may have had a positive or negative influence on their involvement in the merger of two care units in a regional hospital, and (2) exploring the nurses' and the managerial staff's perceptions of their mutual involvement in management of nursing care. The case study is supported by a reference framework that integrates the Denis et Champagne (1990) approach to organizational development and Bareil's (2004) "Phases of Preoccupations during Change" theory. The case study includes a qualitative approach using semi-structured interviews with nurses ($n=6$) and a quantitative approach wherein a self-administered questionnaire was filled out by nurses in the medical unit ($n=8$) and by mid-level and senior managers ($n=6$). The data obtained are presented separately for each of these two methods. Analysis of the qualitative data shows that the nurses feel that the management staff failed to implement a number of actions that could have had a positive impact on the nurses' involvement in managing the organizational change. Analysis of the quantitative data, on the other hand, shows a clear divergence of views between the nurses and the management staff regarding their mutual involvement in the management of nursing care. The discussion in this report clearly reveals that the lack of leadership on the part of the management staff in the establishment and an overly hierarchized organizational structure had a negative influence on the involvement of the nurses when the two care units were merged and that this contributed to the resulting internal crisis.

Key words: Management of organizational change, leadership, shared management.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iv
RÉSUMÉ.....	v
ABSTRACT.....	vi
TABLE DES MATIÈRES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES FIGURES.....	xiv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 LE PROBLÈME.....	3
1.1 LE PROBLEME.....	3
1.2 LE BUT DE L'ETUDE.....	11
1.3 LES QUESTIONS DE RECHERCHE.....	12
CHAPITRE 2 LA RECENSION DES ÉCRITS.....	13
2.1 L'EVOLUTION DES PRINCIPALES GRANDES ECOLES DE PENSEES EN GESTION.....	13
2.1.1 Le paradigme fonctionnaliste.....	14
2.1.2 Le paradigme critique.....	21
2.1.3 Le paradigme de la complexité.....	22
2.2 LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL.....	23
2.2.1 La gestion du changement.....	25
2.2.2 La résistance au changement.....	26
2.3 LE CONCEPT DE LEADERSHIP.....	31
2.3.1 Le leadership collaboratif.....	33

2.3.2	Le leadership paternaliste	33
2.3.3	Le leadership laisser-faire	34
2.3.4	Le leadership transactionnel	34
2.3.5	Le leadership transformationnel	36
2.4	LE CONCEPT DE GESTION PARTAGEE	40
2.4.1	La définition du concept de gestion partagée	41
2.4.2	La mesure de la gestion partagée	42
2.4.3	Les avantages pour la pratique infirmière découlant de la gestion partagée	43
2.4.4	Les conditions requises pour assurer la mise en œuvre de la gestion partagée	44
2.5	LE CADRE DE REFERENCE	45
CHAPITRE 3 LA MÉTHODE		51
3.1	LE DEVIS DE RECHERCHE	51
3.2	LE MILIEU	52
3.3	LE CAS A L'ETUDE	52
3.4	LA DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES	53
3.5	LE DEVIS RETENU POUR REpondre A LA PREMIERE QUESTION DE RECHERCHE	56
3.5.1	La méthode d'échantillonnage	57
3.5.2	L'échantillon retenu pour répondre à la première question de recherche	57
3.5.3	Le déroulement des activités de recherche	58
3.5.4	La collecte des données	60
3.6	LE DEVIS RETENU POUR REpondre A LA SECONDE QUESTION DE RECHERCHE	62
3.6.1	La définition opérationnelle des variables mesurant le concept de gestion partagée	63
3.6.2	La méthode d'échantillonnage	66
3.6.3	L'échantillon retenu pour répondre à la seconde question de recherche	67
3.6.4	Le déroulement des activités	67
3.6.5	La collecte des données quantitatives	68
3.6.6	L'analyse des données quantitatives	69

3.7	LE RESPECT DES CRITERES DE RIGUEUR.....	70
3.8	LES CONSIDERATIONS ETHIQUES	71
3.9	LES LIMITES DE L'ETUDE.....	72
CHAPITRE 4 LA PRÉSENTATION DES DONNÉES.....		74
4.1	SYNTHESE DES DONNEES COLLECTEES EN REPONSE A LA PREMIERE QUESTION DE RECHERCHE.....	74
4.1.1	Perceptions des infirmières concernant les facteurs ayant influencé leur implication lors de l'étape de la planification du changement organisationnel.....	76
4.1.2	Perceptions des infirmières concernant les facteurs ayant influencé leur implication lors de l'étape de la mise en œuvre du changement organisationnel.....	81
4.1.3	La perception des infirmières concernant les facteurs ayant influencé leur implication lors de l'étape de l'appropriation du changement organisationnel.....	86
4.2	SYNTHESE DES DONNEES COLLECTEES EN REPONSE A LA SECONDE QUESTION DE RECHERCHE.....	91
4.2.1	La perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard du contrôle exercé sur la pratique de soins	93
4.2.2	La perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de l'influence exercée sur la gestion des ressources nécessaires à la pratique de soins	97
4.2.3	La perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la reconnaissance organisationnelle exercée sur la pratique de soins	101
4.2.4	La perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la participation exercée sur la prise de décision.....	105

4.2.5	La perception des infirmières et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de l'accès à l'information au sein de l'établissement.....	109
4.2.6	La perception des infirmières et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard des cinq dimensions du concept de la gestion partagée au sein de leur établissement.....	113
CHAPITRE 5 LA DISCUSSION		116
5.1	LE DEVIS DE RECHERCHE	116
5.1.1	L'étude de cas.....	117
5.1.2	L'approche qualitative.....	117
5.1.3	L'approche quantitative.....	118
5.1.4	Échantillons constitués pour répondre aux deux questions de recherche	119
5.2	DISCUSSION RELATIVE AUX FACTEURS D'INFLUENCE PERÇUS PAR LES INFIRMIERES LORS DE LA GESTION DE LA FUSION DES DEUX UNITES DE SOINS	120
5.2.1	Discussion relative aux facteurs d'influence perçus par les infirmières quant à leur implication lors de l'étape de la planification du changement. ...	122
5.2.2	Discussion relative aux facteurs d'influence perçus par les infirmières quant à leur implication lors de l'étape de la mise en œuvre du changement organisationnel	130
5.2.3	Discussion relative aux facteurs d'influence perçus par les infirmières quant à leur implication lors de l'étape de l'appropriation du changement	135
5.3	DISCUSSION RELATIVE AU CONCEPT DE LEADERSHIP LORS DE LA GESTION D'UN CHANGEMENT ORGANISATIONNEL	138
5.4	DISCUSSION RELATIVE AU CONCEPT DE LA GESTION PARTAGÉE POUR IMPLIQUER POSITIVEMENT LES INFIRMIÈRES LORS DE LA GESTION D'UN CHANGEMENT	139
5.5	RECOMMANDATIONS	141
5.5.1	Recommandations destinées aux gestionnaires pour assurer le succès de la gestion d'un changement.....	141
5.5.2	Recommandations aux infirmières pour favoriser leur implication dans la gestion des soins infirmiers	143

5.5.3	Recommandations pour les recherches futures	144
	CONCLUSION	146
	ANNEXE I LETTRE D'INVITATION ADRESSÉE AUX INFIRMIÈRES	148
	ANNEXE II CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉTUDIANT	152
	ANNEXE III FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	154
	ANNEXE IV GUIDE D'ENTREVUE	159
	ANNEXE V QUESTIONNAIRE DE HESS TRADUIT PAR PHILIPPE (2007) MESURANT LE DEGRÉ DE GESTION PARTAGÉE DE LA GESTION DES SOINS INFIRMIERS	169
	ANNEXE VI LETTRE D'INVITATION ADRESSÉE AUX INFIRMIÈRES ET AUX GESTIONNAIRES	184
	RÉFÉRENCES	188

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Synthèse du cadre de référence sur le changement organisationnel	47
Tableau 2. Opérationnalisation de la mesure de chacune des dimensions du concept de gestion partagée à l'aide de l'instrument de mesure de Hess (1994).....	65
Tableau 3. Structure du questionnaire autoadministré et adaptée du questionnaire	69
Tableau 4. Caractéristiques descriptives de l'échantillon d'infirmières recrutées pour répondre à la première question de recherche	75
Tableau 5. Catégories d'actions attendues de la part des gestionnaires au cours des trois étapes du changement organisationnel proposées par Bareil & Savoie (1999)	76
Tableau 6. Synthèse des facteurs perçus par les infirmières, comme ayant exercé une influence positive ou négative sur leur implication lors des différentes étapes du changement organisationnel.....	90
Tableau 7. Caractéristiques descriptives des infirmières de l'unité de médecine ($n=8$) et des gestionnaires de l'établissement ($n=6$) composant l'échantillon pour répondre à la seconde question de recherche	91
Tableau 8. Distribution de fréquences des réponses des infirmières et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard du contrôle exercé par les infirmières et par les gestionnaires sur les activités clinico-administratives au sein de l'établissement	94
Tableau 9. Distribution de fréquences des réponses des infirmières et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard de l'influence exercée par les infirmières et par les gestionnaires sur les activités clinico-administratives liées à la gestion des ressources nécessaires à la pratique de soins au sein de l'établissement	98

Tableau 10. Distribution de fréquences des réponses des infirmières et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard de la reconnaissance organisationnelle permettant aux infirmières et aux gestionnaires d'exercer une autorité officielle sur les activités clinico-administratives au sein de l'établissement	102
Tableau 11. Distribution de fréquences des réponses des infirmières et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard de la participation à la prise de décision par les infirmières et par les gestionnaires sur les activités clinico-administratives au sein de l'établissement.....	106
Tableau 12. Distribution de fréquences des réponses des infirmières et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard de l'accès à l'information par les infirmières et par les gestionnaires concernant des activités clinico-administratives au sein de l'établissement	110
Tableau 13. Distribution de fréquences des réponses des infirmières et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard des cinq dimensions du concept de la gestion partagée concernant les activités clinico-administratives au sein de l'établissement.....	114

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Proportions des réponses apportées à chacun des choix de réponses ayant servi à mesurer la perception des infirmières et des gestionnaires au regard de l'implication mutuelle quant au contrôle exercé sur les activités clinico-administratives, au sein de l'établissement	96
Figure 2. Proportions des réponses apportées à chacun des choix de réponses ayant servi à mesurer la perception des infirmières et des gestionnaires quant à l'implication mutuelle au regard de l'influence exercée sur les activités clinico-administratives reliées à la gestion des ressources nécessaires à la pratique de soins au sein de l'établissement.....	100
Figure 3. Proportions des réponses apportées à chacun des choix de réponses ayant servi à mesurer la perception des infirmières et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la reconnaissance organisationnelle permettant d'exercer l'autorité officielle sur les activités clinico-administratives au sein de l'établissement.....	104
Figure 4. Proportions des réponses apportées à chacun des choix de réponses ayant servi à mesurer la perception des infirmières et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la participation à la prise de décision exercée sur les activités clinico-administratives au sein de l'établissement.....	108
Figure 5. Proportions des réponses apportées à chacun des choix de réponses ayant servi à mesurer la perception des infirmières et des gestionnaires en lien avec leur implication mutuelle au regard de l'accès à l'information relative aux différentes activités clinico-administratives au sein de l'établissement.....	112

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CECII	Conseil exécutif du conseil des infirmiers et des infirmières
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmiers et infirmières
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CSSS	Centre de soins et de services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

INTRODUCTION

Nul doute que le contexte financier des dernières années, associé à de multiples causes telles que le développement rapide des technologies, la complexité des soins ou encore la pénurie de personnel infirmier a entraîné plusieurs restructurations du système de soins. Les gestionnaires se voient souvent dans l'obligation d'optimiser les ressources financières et humaines afin de toujours faire plus avec moins. Cette optimisation, quasi constante et récurrente, représente un défi de taille pour les gestionnaires et pour les infirmières, car elle entraîne la plupart du temps la gestion d'un changement important au sein des organisations. La réussite de la gestion d'un changement repose sur plusieurs aspects contextuels à prendre en compte et sur le choix des actions à mettre en œuvre. Lorsque certains de ces aspects ou de ces actions sont négligés, on constate souvent un impact négatif, entre autres, sur les conditions de travail entraînant ainsi une démobilisation et un certain désengagement de la part des infirmières.

Le but de cette étude de cas vise à identifier les facteurs, à partir des perceptions des infirmières impliquées dans la fusion des deux unités de soins, qui ont influencé positivement ou négativement leur implication lors de la gestion de ce changement. Cette étude de cas vise aussi à comprendre davantage l'importance du concept de leadership exercé par les gestionnaires et le concept de la gestion partagée au sein des organisations lors de l'implantation d'un changement. Le modèle du développement organisationnel de Denis et Champagne (1990) et la théorie de gestion du changement des phases de préoccupations de Bareil (2004) constituent les deux théories qui ont servi à l'élaboration du cadre de référence de cette étude.

Le premier chapitre expose la problématique tandis que le chapitre 2 présente la recension des écrits empiriques ainsi que le cadre de référence. Le chapitre 3 précise la méthode retenue afin de répondre aux questions de recherche. Le chapitre 4 décrit la synthèse

des données qualitatives et quantitatives collectées et le chapitre 5 présente la discussion des données.

CHAPITRE 1

LE PROBLÈME

Le problème à l'origine de cette étude consiste en l'implantation d'un changement organisationnel qui avait pour but de fusionner deux unités de soins, changement qui a généré une importante crise interne et médiatisée. Ce chapitre décrit le problème, le but de l'étude et les questions de recherche.

1.1 LE PROBLEME

Le contexte financier difficile d'un centre de soins et services sociaux (CSSS) situé en région rurale a poussé ses gestionnaires à procéder à une fusion de deux unités de soins de courte durée dans un hôpital de 62 lits dressés. Initialement, les gestionnaires de niveau supérieur avaient planifié la fusion des unités de soins de façon temporaire, pour la période des fêtes. L'unité de médecine-gériatrie devait fermer le temps de quelques semaines et le personnel infirmier qui y travaillait devait se joindre à l'équipe de l'unité de médecine. La fermeture temporaire de l'unité de soins de médecine-gériatrie visait alors une économie d'argent par la diminution du nombre des équipes et par la diminution du recours aux agences de placement d'infirmières. La fermeture visait aussi à diminuer l'essoufflement du personnel infirmier par la diminution des heures supplémentaires obligatoires. Plusieurs infirmières, touchées par la fusion, étaient plus ou moins en accord avec cette décision. Elles mentionnaient que ce changement, même temporaire, leur demandait de s'adapter à une clientèle nécessitant des soins aigus et des soins techniques plus complexes, à des espaces de travail qu'elles ne connaissaient pas, à de nouveaux collègues, à une nouvelle gestionnaire et à une autre routine de travail. Toutefois, les infirmières gardaient confiance et s'encourageaient en raison de la nature temporaire du projet. Or, dès la mise en œuvre de la

fusion des unités de soins, les gestionnaires de niveau supérieur ont décidé de fusionner de façon permanente les deux unités de soins et, conséquemment de fermer l'unité de médecine-gériatrie. Les gestionnaires de niveau supérieur ont choisi, à ce moment, de ne diffuser aucune information officielle à propos de cette décision. Au bout de quelques jours, un écho officieux à ce sujet circulait à l'intérieur de l'hôpital, semant de la confusion et de l'inquiétude parmi les infirmières. Ce n'est que quelques semaines plus tard que les gestionnaires de niveau supérieur ont convoqué le personnel infirmier à une séance d'information officielle au cours de laquelle la fusion permanente des deux unités a été annoncée. Aucune autre rencontre d'information ou rencontre d'échanges n'a été tenue au cours de la planification et la mise en œuvre de ce changement organisationnel.

La fermeture permanente de l'unité de médecine-gériatrie a entraîné une perte irrémédiable d'espaces physiques adaptés spécifiquement à des personnes âgées hospitalisés. On retrouvait sur cette unité des chambres individuelles avec des salles de bain connexes et spacieuses qui permettaient l'utilisation sécuritaire d'aides techniques à la marche, une salle à manger commune, lieu de socialisation, un local d'exercices dont se servait l'équipe de réadaptation pour la clientèle hospitalisée sur cette unité et une cuisinette équipée, utilisée pour évaluer, lorsque requis, l'autonomie fonctionnelle des personnes pour la planification des congés d'hôpital. La fusion des unités a provoqué une diminution de chambres individuelles occasionnant des problèmes importants tels qu'une mixité de la clientèle parfois inadéquate qui faisait en sorte qu'une personne âgée vulnérable et un adulte ayant un problème actif de santé mentale partageaient la même chambre. L'occupation double des chambres a aussi engendré un risque plus élevé d'infections nosocomiales. Elle a également entraîné, de façon régulière, des délais d'admissions et des mouvements de la clientèle, auparavant évitables. Le mouvement fréquent de la clientèle est considéré comme une mauvaise pratique clinique car cela favorise l'apparition du delirium chez la personne âgée, l'augmentation du risque d'erreurs de médicament pour les personnes hospitalisées en courte durée et un irritant majeur pour les infirmières puisqu'il engendre un surplus de travail pour les équipes soignantes.

La fusion des deux unités de soins a également entraîné des abolitions de postes d'infirmières ainsi qu'un processus de supplantation. Des infirmières ont été contraintes de changer d'unité de soins, d'horaire de travail, de collègues et de gestionnaire. Des situations personnelles ou familiales ont été perturbées. Une augmentation des absences depuis le début de la fusion des unités de soins a été enregistrée comparativement à la même période l'année précédente. Parmi les dix-huit (18) infirmières travaillant sur les unités de soins généraux, on dénombrait cinq (5) absences pour maladie sur une période de trois mois. Trois (3) de ces absences étaient reliées à des problèmes d'ordre psychologique. Par comparaison, à la même période l'année précédente, on comptait trois (3) absences, dont l'une (1) d'elles était reliée à un problème d'ordre psychologique. On a observé également en cours de changement organisationnel, le départ définitif de deux infirmières travaillant sur ces unités. L'une d'elles a expliqué que les conditions de travail étaient devenues trop difficiles et qu'elle souhaitait trouver du travail ailleurs. Des discussions ont eu lieu entre les représentants syndicaux et les gestionnaires de niveau supérieur. Cependant, aucune modification n'a été apportée dans un but d'amoinrir la détérioration des conditions de travail des infirmières et atténuer la crise situationnelle en cours. Les représentants syndicaux ont alors choisi de faire une sortie dans les médias locaux afin de dénoncer haut et fort la situation problématique et le style de gestion des gestionnaires de niveau supérieur du CSSS.

Lors de la phase de la planification de la fusion des unités de soins, la précarité du contexte financier a obligé les gestionnaires de niveau supérieur à produire hâtivement un plan d'action afin d'atteindre les cibles budgétaires fixées. Ces actions rapides n'ont pas donné le temps nécessaire aux gestionnaires impliqués dans la planification du changement organisationnel de développer, de partager et d'insuffler une vision collective des buts et des objectifs à atteindre. Ce manque de temps a défavorisé l'exploitation des mécanismes d'information et de communication qui auraient permis de consulter les infirmières et d'écouter leurs préoccupations à l'égard du changement à venir. Or, comme soutenu par certains auteurs (Rosengren *et al.*, 1999) le manque d'information au sujet du changement à mettre en œuvre a semé chez les infirmières des doutes générant un sentiment d'insécurité contribuant ainsi à la dégradation des conditions de travail.

Le problème retenu pour la présente étude réside dans le fait que le changement organisationnel généré par la fusion des deux unités de soins a déclenché une crise syndicale et médiatisée qui s'est répercutée de manière très défavorable sur les infirmières impliquées.

Lors de la phase de la mise en œuvre du changement, la participation des infirmières quant à la résolution de problèmes a été très peu encouragée. Mises devant le fait accompli, les infirmières n'ont pu exprimer leur opinion au moment des prises de décision ni contribuer aux choix des différentes solutions. Le manque d'accompagnement et le manque d'appui de la part des gestionnaires de niveau supérieur et intermédiaires ont aussi concouru au phénomène d'insatisfaction et de manque d'implication des infirmières lors de la fusion des unités de soins. Un manque d'accompagnement et un manque d'appui peuvent même mener quelqu'un à l'absentéisme ou encore à quitter son emploi (Mélanie Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008). Collerette (2008) soutient que l'absence d'implication visible des gestionnaires de niveau supérieur lors de la mise en œuvre du changement ainsi que le manque de rétroaction positive de la part des gestionnaires, ainsi que leur manque de reconnaissance à l'égard des efforts déployés par les destinataires lors de l'appropriation du changement peuvent produire chez les destinataires un effet de désintérêt et de désengagement de la part des gestionnaires envers le changement (Collerette, 2008).

Le premier facteur potentiel en cause dans cette crise réside donc dans le fait qu'on s'est très peu préoccupé de la perception des infirmières au regard du changement organisationnel, et cela tout au long de son implantation. En effet, les gestionnaires responsables de la mise en œuvre de la fusion des deux unités de soins n'ont pas tenu compte de la perception des infirmières quant à leur vision du changement à venir ni du rôle qu'elles auraient voulu ou pu y tenir ni des attentes qu'elles entretenaient par rapport au rôle et aux responsabilités attendus de la part des gestionnaires. La gestion d'un changement au sein d'une organisation où œuvre des infirmières recommande, pour qu'elles y adhèrent, une implication active de leur part. Il est facile de croire que pour obtenir un bon niveau d'implication des infirmières, il doit exister au sein de l'organisation un partage des décisions au sujet de la gestion des soins infirmiers. Cependant, dans la présente étude de cas, il s'avère

que les gestionnaires détenaient une faible connaissance quant à la présence ou non, au sein de leur établissement, du concept de la gestion partagée entre eux et les infirmières. Cette méconnaissance à ce sujet se révèle être le deuxième facteur potentiel en cause dans cette crise.

Le concept de changement décrit un phénomène complexe, peu prévisible et son implantation dans les organisations est le plus souvent laborieuse et compliquée. Le changement organisationnel se définit comme étant un changement concernant certains aspects d'un système organisationnel faisant référence à la prise de décisions stratégiques, à la structure organisationnelle, aux ressources humaines, à la culture, à la technologie, à la distribution du pouvoir et au contrôle des décisions (Fabi *et al.*, 1999). Selon Bareil & Savoie (1999) l'implantation d'un changement organisationnel comporte trois étapes, soit la planification du changement, la mise en œuvre du changement et l'appropriation du changement. Ces étapes seront décrites en détail au chapitre 2. Un changement peut être imposé ou négocié. Lorsqu'il est imposé, il est subi par les destinataires¹ et sa réussite demeure conditionnelle à l'absence d'oppositions de la part des destinataires ainsi qu'à un rapport de pouvoir totalement à l'avantage des gestionnaires (Morin, 1988). Un changement organisationnel revêt un caractère exceptionnel qui se différencie des changements plutôt routiniers qui génèrent peu d'impacts sur la structure organisationnelle, sur les processus actuellement en œuvre ou sur les destinataires. Les changements majeurs de structure au niveau des organisations s'accompagnent d'un taux élevé d'insatisfaction, de problèmes de santé variés, de détresse ou de surmenage psychologique et d'absentéisme (Melanie Lavoie-Tremblay *et al.*, 2010; Shu-Fen *et al.*, 2009). Au Québec, une étude conduite par plusieurs auteurs, a démontré que le niveau de détresse psychologique, parmi les infirmières, a augmenté de façon importante depuis les transformations du « système de santé » (Bourbonnais *et al.*, 1999). Cette situation est préoccupante puisque la détresse psychologique entraîne l'absentéisme et cet absentéisme représente un coût considérable

¹ Destinataire : Tout individu concerné directement ou indirectement par un changement organisationnel pour lequel il doit s'adapter à ses exigences (Bareil, 2004).

pour l'employeur en matière de faible productivité et d'augmentation des sommes investies en assurance salaire (Vecchio *et al.*, 2010). Conséquemment, des conditions de travail difficiles ne favoriseraient pas la rétention d'infirmières d'expérience et apporteraient un obstacle supplémentaire au niveau du recrutement du nouveau personnel (Mélanie Lavoie-Tremblay *et al.*, 2004). En plus de générer un effet considérable sur l'insatisfaction du personnel infirmier, sur la diminution du bien-être au travail, sur le roulement de personnel et sur le stress chez les professionnels, les mauvaises conditions de travail contribuent aussi à diminuer la qualité des soins (Shu-Fen *et al.*, 2009).

La réussite de la gestion d'un changement organisationnel doit être portée par l'action d'un leader compétent, habile pour travailler en coopération avec les destinataires et capable de transmettre sa vision du futur, d'écouter activement et d'insuffler la motivation nécessaire au changement (Bass, 1998). Ces éléments de leadership sont tous reconnus comme des facteurs de succès lors de la gestion d'un changement (Hamelin Brabant *et al.*, 2007). En plus d'informer, d'impliquer, de rassurer et de soutenir les destinataires, les gestionnaires doivent aussi faire en sorte que les destinataires aient envie de modifier leurs rôles, leurs attitudes et leurs comportements et d'y consacrer les efforts nécessaires pour y parvenir (Bass, 1998 ; cité dans Bareil & Savoie, 1999). Champagne (2002) insiste sur le fait que tout changement devrait avant tout s'accompagner d'un climat de confiance et d'une saine implication des employés et des professionnels qui y œuvrent. Un climat de confiance s'installe d'abord par la mise en place de mécanismes d'information ayant pour but de partager la vision du changement, les étapes du projet et les résultats attendus (Hamelin Brabant *et al.*, 2007). Une information transmise en temps opportun par les gestionnaires permet de modifier le comportement des destinataires (Giroux & Giordano, 1998). Lorsque l'information est transparente et renseigne sur les effets potentiels des prises de décision, elle permet de diminuer l'anxiété pouvant être reliée au changement à venir (Rosengren *et al.*, 1999). La crédibilité des gestionnaires à inspirer la confiance relève de l'efficacité de la communication (P. Collerette *et al.*, 2003). Or, plusieurs gestionnaires commettent l'erreur de confondre les concepts d'information et de communication. À l'inverse de l'information, qui désigne essentiellement la transmission de contenu d'un message, la communication constitue une

action qui engage autant les émetteurs que les récepteurs. C'est un processus continu d'ajustement rétroactif, entre les parties concernées par le changement organisationnel, qui permet d'arriver à une conception commune des situations vécues. Collerette *et al.*, (2003) affirment qu'en situation de changement certains éléments vont constituer des atouts importants pour instaurer et maintenir une communication efficace. Ils mentionnent des échanges fréquents, de la proximité dans les contacts, des messages clairs et véridiques ainsi que de la cohérence entre les messages et les conduites des gestionnaires. L'implication et l'appui constants de la part de gestionnaires de niveau supérieur lors de l'étape de la mise en œuvre du changement s'avèrent particulièrement importants, car cette période est souvent associée à une période de fragilité et de déséquilibre au sein de l'organisation (P. Collerette *et al.*, 2003).

La décentralisation des pouvoirs et la mise en œuvre d'une approche participative, parties intégrantes du concept de gestion partagée, favorisent le succès de la gestion d'un changement organisationnel (Hamelin Brabant *et al.*, 2007). Le contexte hospitalier constitue un lieu de travail où œuvrent de nombreux professionnels. Ces professionnels s'attendent, entre autres, à être considérés comme tels, ce qui veut dire être consultés, être impliqués et participer à certaines prises de décisions clinico-administratives. Dans un contexte hospitalier, la gestion partagée engage une responsabilisation des infirmières et ultimement une plus grande autonomie professionnelle (Payne, 2009; Swihart & Porter-O'Grady, 2006). La gestion partagée comme un modèle de gestion où les responsabilités et l'autorité sont partagées entre les gestionnaires et les infirmières, ce qui favorise la créativité, l'autonomie et l'initiative professionnelle de l'ensemble des membres de l'équipe (C. Viens *et al.*, 2002). Les infirmières collaborent ainsi à la recherche de solutions et participent au processus de prise de décision. La gestion partagée entre les infirmières et les gestionnaires en regard des soins infirmiers favorise la reconnaissance des compétences des infirmières et stimule leur engagement et leur motivation (Tremblay *et al.*, 2005).

Le cadre de référence retenu pour la présente étude s'inspire de l'intégration du modèle de changement organisationnel, défini par Denis & Champagne (1990), soit le modèle du

développement organisationnel et d'une théorie en gestion du changement, à savoir celle des phases de préoccupations développée par Bareil (2004). Ce cadre de référence s'articule autour des trois grandes étapes qui accompagnent la gestion d'un changement organisationnel, soit 1) la planification du changement (le commencement), 2) la mise en œuvre du changement (la transition) et finalement, 3) l'appropriation du changement (la fin) (C. Bareil & Savoie, 1999). Ce cadre de référence se révèle utile pour les sciences infirmières puisque de plus en plus d'infirmières occupent des postes de gestion ou des postes dans lesquels elles peuvent exercer une grande autonomie clinique et professionnelle. Comme le succès du modèle organisationnel dépend, entre autres, de la capacité d'une organisation à générer un consensus autour des objectifs poursuivis par le changement, il apparaît plus qu'important d'impliquer les infirmières dans la gestion du changement tout en tenant compte de leurs préoccupations à son égard.

La réussite de l'étape de la planification du changement repose d'abord sur la capacité du gestionnaire à construire et à partager, avec les destinataires, sa vision du changement souhaité de manière à viser l'atteinte de buts communs. Une des façons d'y arriver repose sur la clarification des rôles et des responsabilités attendus de la part des destinataires. Les destinataires, quant à eux, doivent s'intéresser au changement à venir en participant aux différentes rencontres d'information qui se mettent en place, en assumant les responsabilités qu'on leur attribue et en communiquant leurs préoccupations aux gestionnaires. Le gestionnaire doit tenir compte des préoccupations personnelles communiquées par les destinataires. Par la suite, lors de l'étape de la mise en œuvre du changement, le gestionnaire a la responsabilité de susciter l'engagement des destinataires envers le changement, entre autres par la valorisation de leur créativité et de leur initiative à résoudre des problèmes ainsi qu'en décentralisant le pouvoir de décision. La création d'espaces de collaboration et d'échanges permet aux destinataires d'exprimer leurs opinions et leurs idées et ainsi participer à la résolution de problèmes. De plus, au cours de ces échanges, le gestionnaire est à même de considérer les différentes préoccupations qui surviennent chez les destinataires à l'égard du changement organisationnel qui s'implante. Cela permet aux destinataires et aux gestionnaires d'entamer une réelle communication. Enfin, le succès de l'appropriation du

changement repose, entre autres, sur la rétroaction positive que donnent les gestionnaires aux destinataires, sur l'atteinte et la communication des objectifs et finalement, sur la reconnaissance des efforts déployés par les destinataires. À l'étape de l'appropriation du changement, les destinataires sont en mesure de reconnaître les gains obtenus grâce au changement organisationnel. C'est aussi lors de cette étape que les préoccupations des destinataires demeurent essentiellement centrées sur la collaboration et qu'ils utilisent leur expertise dans une perspective d'amélioration continue des soins.

1.2 LE BUT DE L'ETUDE

Malgré l'évolution des connaissances actuelles en regard des éléments qui soutiennent la réussite des changements organisationnels, certains changements demeurent difficiles à réaliser. L'étude de ces changements plus difficiles devrait permettre de dégager de nouvelles connaissances qui peuvent ultimement aider les gestionnaires à réaliser les changements organisationnels de manière à atteindre les objectifs prévus tout en préservant l'engagement et la satisfaction du personnel. C'est dans ce contexte que cette étude vise à comprendre les facteurs d'influence des changements organisationnels complexes, à partir de la perspective des personnes directement impliquées, à savoir les gestionnaires et les professionnels, afin de mettre en lumière les éléments clés des changements bien réussis dans un contexte de changement effectué dans un établissement à vocation régionale.

La solution de recherche retenue consiste à conduire une étude de cas qui propose une approche mixte. Dans un premier temps, l'approche qualitative a pour but de comprendre en profondeur la réalité vécue par les infirmières lors du changement organisationnel imposé. Notamment, en tentant de comprendre la signification de la dynamique entre les infirmières et les gestionnaires et d'identifier les facteurs ayant influencé positivement ou négativement l'implication des infirmières lors de la fusion des unités de soins. Dans un second temps, le recours à une approche quantitative a pour but d'explorer et de comparer les perceptions des infirmières de l'unité de médecine et celles des gestionnaires de niveau supérieur et de niveau

intermédiaire quant à leur implication mutuelle au regard de la gestion des soins infirmiers au sein de leur établissement.

1.3 LES QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette étude de cas comporte deux questions de recherche. La première question vise à expliciter et mieux comprendre la réalité vécue par les infirmières lors du changement organisationnel : Quelle est la perception des infirmières quant aux différents facteurs ayant influencé positivement ou négativement leur implication lors de la fusion des deux unités de soins? La seconde question de recherche a pour but de mesurer la perception des infirmières et des gestionnaires au regard du concept de la gestion partagée à l'intérieur de l'organisation recrutée : Quelle est la perception des infirmières de l'unité de médecine et celle des gestionnaires de niveau supérieur et intermédiaire quant à leur implication mutuelle au regard de la gestion des soins infirmiers au sein de leur établissement ?

CHAPITRE 2

LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre, dans un premier temps, fait état des connaissances quant à l'évolution des principales grandes écoles de pensée en gestion qui ont influencé le développement des organisations. Dans un deuxième temps, les concepts de changement organisationnel, de leadership et de gestion partagée seront abordés en profondeur. Dans un troisième et dernier temps, le cadre de référence qui sert de guide à cette recherche sera expliqué plus en détails.

2.1 L'ÉVOLUTION DES PRINCIPALES GRANDES ÉCOLES DE PENSÉES EN GESTION

Les organisations de soins et de services sociaux se définissent comme des organisations complexes qui s'accompagnent souvent d'environnements changeants, turbulents et incertains. Conséquemment, le gestionnaire, au fil du temps, a remis en question ses façons de faire selon ces nouvelles réalités que sont la complexité, l'ambiguïté et l'incertitude organisationnelle (Chanlat & Séguin, 1987). Par exemple, le gestionnaire contemporain assure la stabilité de l'organisation et les besoins des travailleurs lorsqu'il permet une certaine latitude professionnelle et des ajustements aussi près que possible du terrain, lorsqu'il fluidifie l'information, qu'il diversifie ses approches et qu'il fait preuve de pragmatisme et de souplesse (Philippe, 2007). Or, tel n'a pas toujours été le cas au sein des organisations. Pour mieux comprendre les différentes évolutions des modèles de gestion, il importe d'abord de s'attarder à l'évolution des grandes écoles de pensée qui ont accompagné et influencé les gestionnaires des organisations au cours du 20^e siècle. Selon Séguin & Chanlat (1992), l'évolution des principales écoles de pensée a donné naissance à trois grands paradigmes : le paradigme fonctionnaliste, le paradigme critique et le paradigme de la complexité. Ceux-ci seront décrits dans les paragraphes suivants.

2.1.1 Le paradigme fonctionnaliste

Le paradigme fonctionnaliste repose sur deux postulats fondamentaux. D'une part, tout système est considéré comme un tout dont les parties devraient bien s'intégrer les unes aux autres. D'autre part, ce système est en équilibre presque stationnaire, ce qui veut dire qu'au-delà de certaines mises au point qui peuvent se produire en réponse à des dysfonctions, le système demeure essentiellement le même (Séguin & Chanlat, 1987). Le paradigme fonctionnaliste est grandement orienté vers le maintien du statu quo. Conséquemment, il laisse peu de place au changement social. Selon ce paradigme, les organisations sont considérées comme des systèmes caractérisés par un besoin fondamental, celui de leur survie. Les différentes écoles de pensée qui s'y rattachent telles que l'école classique, l'école de la bureaucratie, l'école des relations humaines, l'école de la prise de décision, l'école systémique et l'école de la théorie de la contingence vont toutes, à leur façon, privilégier des moyens précis afin d'atteindre l'équilibre et assurer la survie de l'organisation. Ces écoles de pensée sont présentées dans les sections suivantes.

2.1.1.1 L'école classique (1890-1920)

L'école classique emprunte deux voies distinctes : l'organisation scientifique du travail (OST) et l'organisation administrative du travail (OAT). L'OST, associée à Frederick Taylor (1856-1915), énonce l'idée que les décisions relatives aux activités de production ne devraient pas être prises de façon intuitive, mais plutôt à la lumière d'une analyse scientifique des tâches individuelles. Le point de départ du taylorisme est constitué d'une étude systématique des processus de travail qui a comme objectif l'augmentation de l'efficacité des processus (Lejeune, 2004). La réflexion de Taylor s'appuie sur le postulat suivant : en décortiquant, en mesurant et en standardisant une tâche donnée, il est possible de trouver « la meilleure façon de produire ». À cet égard, toute relation de pouvoir et de conflits, entre travailleurs et patrons, est évacuée puisque tous ne peuvent qu'être d'accord avec cette

unique et bonne façon de faire les choses (Séguin & Chanlat, 1987). Taylor soutient aussi que le travailleur est motivé par les gains pécuniaires. La rémunération se fait donc à la pièce afin de motiver le travailleur à produire davantage. Enfin, une sélection rigoureuse du personnel est effectuée pour s'assurer que ce sont les travailleurs les plus aptes à accomplir la tâche qui sont recrutés permettant ainsi à l'organisation d'atteindre une productivité maximale.

L'OAT est associée à Henri Fayol (1841-1925). Pour Fayol, la division du travail, la hiérarchie et la centralisation du pouvoir se définissent toutes comme des phénomènes naturels, tandis que l'autorité et la discipline sont des dimensions centrales à toute organisation (Séguin & Chanlat, 1987). Cela implique que les décisions sont centralisées, prises par la haute direction et sont non discutables. C'est cette même direction qui délivre des ordres. Elle est efficace en ce sens qu'elle doit contribuer à une gestion rigoureuse et harmonieuse de l'activité (Chaqri, 2009). C'est d'ailleurs à Fayol qu'on doit les grandes fonctions de la gestion : prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler (Bergeron, 2001).

2.1.1.2 La bureaucratie

La bureaucratie, développée par Max Weber (1864-1920), introduit un ensemble de règles et de gestes législatifs et administratifs, une centralisation des décisions et un développement de la technocratie qui mènent à la rationalisation des organisations (Bergeron & Gagnon, 2003). Cette rationalisation se caractérise par une logique obéissant au calcul, à la prévision, à l'évaluation et à une ferme volonté d'efficacité. Le modèle bureaucratique suppose une structure hiérarchique claire de l'autorité et de la délégation de pouvoirs. Ce modèle suppose aussi une division du travail qui présage une adoption de règles et de marches à suivre définies avec précision et respectées à la lettre visant à diminuer l'inefficacité organisationnelle. La prise de décision s'éloigne de la cellule d'exécution et les travailleurs sont relégués au rôle d'exécutant (Séguin & Chanlat, 1992; Tremblay *et al.*, 2005). Weber soutient que les relations entre les différents membres de l'organisation doivent être

impersonnelles, de manière à éviter tout conflit de personnalités (Chaqri, 2009). Les employés obtiennent de l'avancement sur la base de leur compétence et de leur ancienneté. L'application des principes bureaucratiques demeure très répandue dans certaines organisations, par exemple dans les hôpitaux. Ces organisations offrent une permanence et une sécurité à ses travailleurs. Cependant, elles n'encouragent peu ou pas l'autonomie ni l'initiative (Goulet, 2002). Si autant d'organisations ont encore aujourd'hui recours aux principes bureaucratiques, c'est parce que leur succès repose en grande partie sur la réalisation efficace et rapide d'une énorme quantité de travail qui est rendue possible par le respect de certaines règles et de procédures bien établies (Bergeron, 2001).

2.1.1.3 L'école des relations humaines

Entre 1930 et 1960, l'école des relations humaines fait émerger l'idée que c'est plutôt en privilégiant l'homme que la productivité du travail sera augmentée. En effet, cette école accorde une place importante aux besoins des individus et démontre la puissance des relations et des comportements collectifs sur l'efficacité du travail de groupe (Bergeron, 2001). Une des principales contributions de l'école des relations humaines repose sur l'idée que la somme de travail accompli par un travailleur n'est pas déterminée par sa capacité physique, mais plutôt par sa capacité sociale. L'école des relations humaines soutient que les rémunérations non financières jouent un rôle important dans la motivation des travailleurs, que la parcellisation des tâches n'est pas la forme la plus efficace de la division du travail, que les travailleurs se sentent membres d'un groupe et que c'est en fonction du groupe qu'ils réagissent aux directives de la hiérarchie.

C'est à Elton Mayo (1880-1949) et à Abraham Maslow (1908-1970) que l'école des relations humaines doit le plus. Selon eux, il existe, au-delà de l'organisation formelle, une organisation informelle qui obéit à une logique de sentiments d'appartenance. Les travaux de Mayo et Maslow ont mis en évidence les limites du stimulant financier dans les organisations. C'est plutôt la communication, les échanges entre les individus, les stimulations positives, la

reconnaissance des efforts et la valorisation des capacités des individus qui leur donne envie d'augmenter leur contribution aux résultats de l'entreprise (Bergeron, 2001).

Frederick Herzberg (1923-2000) et Rensis Likert (1903-1981) s'avèrent deux théoriciens qui ont aussi contribué à l'école de pensée des relations humaines. Herzberg a élaboré la théorie des deux facteurs dont l'idée principale repose sur les circonstances qui conduisent à la satisfaction et à la motivation des travailleurs et sur le postulat que ces circonstances ne sont pas de même nature que celles qui conduisent à l'insatisfaction et au mécontentement. Selon Herzberg, l'organisation du travail doit apporter une réponse satisfaisante aux travailleurs, d'une part pour éviter le mécontentement des travailleurs et d'autre part pour alimenter leur stimulation et leur motivation à produire (Roussel, 2000 ; cité dans Pheakdey, 2007). Herzberg soutient qu'il existe deux catégories de facteurs dans le milieu du travail qui interviennent de manière très différente dans le mécanisme de la motivation chez les individus (Pheakdey, 2007). La première catégorie regroupe les facteurs dits extrinsèques, ou encore nommés facteurs d'hygiène. Les facteurs d'hygiène se décrivent comme étant les conditions de travail, la qualité de la supervision, la sécurité d'emploi, les relations d'équipe et la rémunération (Roussel, 2000). Leur absence procure de l'insatisfaction mais leur présence ne garantit pas la satisfaction des travailleurs. Lorsque présents, ces facteurs sont considérés comme normaux puisqu'ils ne produisent aucune satisfaction supplémentaire. Ils poussent plutôt l'individu à agir sans motivation véritable. Les facteurs d'hygiène s'avèrent nécessaires afin d'empêcher l'insatisfaction, mais ne sont pas capables de générer à eux seuls de la motivation au travail. La seconde catégorie rassemble les facteurs intrinsèques, ou encore les facteurs de motivation. Les facteurs de motivation se déclinent comme étant le contenu de la tâche, les responsabilités, la reconnaissance, la possibilité d'avancement et l'autonomie professionnelle. Ces facteurs ont la capacité d'inciter et de motiver l'individu à faire des efforts pour satisfaire ses besoins et pour atteindre ou même dépasser les objectifs de l'organisation. Les facteurs de motivation permettent d'augmenter les initiatives et de retirer certains contrôles, en plus de permettre à l'individu de se réaliser (Roussel, 2000).

Likert, quant à lui, a mis en relief la causalité qui existe entre les responsables et les subordonnés et les styles de management utilisés. Il a affirmé, à partir de ses travaux sur le rendement des travailleurs, que c'est en recourant à la gestion participative plutôt qu'à la méthode traditionnelle autoritaire que l'on peut le mieux inciter les gens à atteindre un haut niveau d'efficacité (Bergeron, 2001). Selon Likert, chacun des travailleurs doit se sentir important et nécessaire au sein de l'entreprise, car personne ne peut travailler efficacement s'il n'a pas le sentiment d'être utile. L'école des relations humaines s'est fait reprocher d'adopter une vision simpliste des problèmes de l'organisation. En fait, on lui reproche de réduire les difficultés organisationnelles à des problèmes psychologiques individuels et de penser que l'amélioration des relations humaines puisse être une condition suffisante pour augmenter la productivité de l'entreprise (Chaqri, 2009).

2.1.1.4 L'école de la prise de décision

Cette école de pensée (1940-1960) suppose que c'est la prise de décision qui donne cohérence et consistance à l'organisation. En effet, les travaux issus de cette école de pensée ont démontré que cette approche s'inscrit dans une succession d'évènements où chaque décision conduit à un résultat qui entraîne éventuellement une autre prise de décision (Bechir, 2008). Selon Séguin et Chanlat (1987), le modèle principal de l'école de la prise de décision est celui de la rationalité limitée développée par Herbert Simon (1916-2001). Le concept de rationalité limitée suggère qu'un individu confronté à une situation problématique ne cherchera pas la solution optimale, il adoptera plutôt la première solution qui lui assurera un niveau minimum de satisfaction (Bourgelas, 1999). En fait, chaque individu qui compose l'organisation possède des connaissances et des habiletés limitées ainsi que des valeurs personnelles qui l'incitent à choisir une conduite plutôt qu'une autre (Séguin & Chanlat, 1987). La prise de décision se veut souvent une affaire de compromis difficile à maximiser en raison de la difficulté pour tout travailleur et tout gestionnaire de construire un modèle d'analyse fondé sur une connaissance parfaite de la situation, entre autres à cause des contraintes liées à l'accès à l'information, au délais alloués pour ce faire ou encore par

manque de capacité cognitive (Chaqri, 2009). Pour l'école de la prise de décision, la structure d'autorité demeure et le principe de partenariat entre les travailleurs et les gestionnaires s'avère peu exploité. Ce sont les individus au sommet de la structure d'autorité qui précisent les règles de fonctionnement. Les exécutants ne font que traduire ces règles ou ces décisions en un ensemble de décisions à portée plus fine et plus opérationnelle.

2.1.1.5 L'école systémique

L'école systémique (1960-1980) assimile l'organisation à un système complexe, finalisé, hiérarchisé, commandé et ouvert sur un environnement changeant. Cette école de pensée repose sur l'idée que pour bien comprendre le fonctionnement d'un tout, il faut examiner les relations existantes entre les parties de ce tout (Bergeron, 2001). L'organisation est considérée comme un ensemble de parties reliées et en interaction les unes avec les autres. Cela met en évidence les relations dynamiques entre les composantes internes et externes de l'organisation qui viennent influencer cette organisation (Séguin & Chanlat, 1987). Dès ce moment, on ne peut plus considérer l'organisation comme un système fermé, mais on doit préférablement l'analyser comme un système ouvert sur son environnement. Ce type de système reconnaît qu'il n'y a pas de solution unique, mais plutôt plusieurs stratégies qui peuvent prendre différents chemins pour arriver au résultat voulu (Séguin & Chanlat, 1992). Dans cette perspective, le gestionnaire recherche la manière la plus rentable de fournir tel ou tel service (Bergeron, 2001) et cela, dans un but de maintenir un équilibre organisationnel. Le gestionnaire doit prendre en considération les intrants, les processus et les extrants tout en mettant en œuvre des mécanismes de régulation. En plus, d'accepter positivement les contraintes de l'environnement, le gestionnaire doit prendre les devants de façon proactive et tenir compte de ces contraintes dans la gestion du quotidien.

Au cours des années 90, Avedis Donabedian (1919-2000) s'est inspiré du modèle de l'école systémique pour réaliser son cadre de référence sur la qualité qui détermine trois domaines d'évaluation : la structure, les processus et les résultats. Le cadre de référence de Donabedian repose sur une relation de causalité qui présume que l'instauration d'une «

bonne » structure devrait permettre la mise en place de « bons » processus qui à leurs tours devraient donner de « bons » résultats. Le modèle de la gestion partagée s'appuie sur des éléments du modèle proposé par Donabedian. En effet, le modèle de la gestion partagée conduit à une modification de la structure de gestion actuelle qui favorise le développement de partenariat entre le gestionnaire et les professionnels dans un but de mettre à contribution les connaissances et les compétences de tous pour la mise en œuvre de bons processus ce qui devrait conséquemment améliorer les résultats poursuivis (Philippe, 2007). Le cadre de référence de Donabedian n'est pas sans rappeler la bureaucratie professionnelle, concept développé par Mintzberg, qui caractérise la plupart des milieux de soins. Au sein d'une bureaucratie professionnelle, les professionnels jouent un rôle de premier plan en s'impliquant dans les décisions de gestion qui touchent leur travail et les procédures qui s'y rattachent. La bureaucratie professionnelle se décrit comme une configuration structurelle et organisationnelle largement décentralisée où la reconnaissance de l'expertise des professionnels leur assure certaine latitude leur permettant d'exercer du contrôle sur leur travail (Mintzberg, 1995).

2.1.1.6 La théorie de la contingence

La théorie de la contingence (1955-1980) se caractérise par sa rupture avec les courants de pensée normatifs classiques qui prônent l'existence d'une seule forme structurelle meilleure dans tous les cas. La théorie de la contingence défend le principe selon lequel il n'y a pas de structure d'organisation idéale, mais autant de meilleures façons de faire qu'il existe des contextes différents (Chaqri, 2009). Selon cette théorie, la structure d'une organisation dépend de la complexité et de l'incertitude de l'environnement. Plus l'environnement est turbulent, complexe et incertain, plus les organisations doivent être diversifiées. Conséquemment, plus elles sont différenciées sur le plan interne, plus elles ont besoin de mécanismes de coordination pour intégrer le travail dans un but unique (Chaqri, 2009). Les organisations sont contingentes d'un certain nombre de facteurs comme la disponibilité des ressources, l'âge, la taille de l'entreprise ou encore la stratégie utilisée pour

les prises de décisions. Tous ces facteurs de contingence affectent, de façon variable, l'organisation en termes de division du travail, de coordination des activités ou encore de centralisation des décisions. L'école de la théorie de la contingence, tout comme l'école systémique, présente une vision élargie qui englobe les dimensions externes à l'organisation et non seulement les dimensions internes.

Chacune de ces écoles de pensées décrites brièvement a influencé les activités organisationnelles au cours des dernières décennies. Le fonctionnalisme, tel que décrit par Chanlat & Séguin (1987), est sécurisant, car d'une part il cherche à construire des relations claires et linéaires entre certains éléments et leurs conséquences, visant ainsi l'harmonisation et l'équilibre organisationnel. Ce paradigme garde centrale la notion d'harmonisation des intérêts individuels et des intérêts organisationnels. Tout comme il met de l'avant l'expérience de l'individu à l'intérieur de l'organisation, son influence potentielle sur les processus internes et conséquemment sur l'atteinte des objectifs organisationnels (Gervais, 1998).

2.1.2 Le paradigme critique

Le paradigme critique regroupe quatre grandes écoles de pensée : l'anarchisme, l'existentialisme, le marxisme et l'actionnalisme. Le paradigme critique s'intéresse au contexte sociohistorique des organisations, car, selon ce paradigme, connaître l'histoire d'une société permet de découvrir les rapports sociaux dans lesquels s'édifient les lois qui régissent les crises et les changements au sein des organisations (Séguin & Chanlat, 1987, 1992). Le paradigme critique soutient que les organisations ne sont pas des éléments statiques et inertes, mais plutôt des éléments qui sont aux prises avec des contradictions, des oppositions, des conflits, des changements et des ruptures (Chanlat, 2013). Le paradigme critique, en valorisant davantage les processus que les structures, privilégie au sein des organisations les multiples interrelations qui existent entre les différents éléments sociaux en tenant compte de leurs potentiels tout comme de leurs limites. Cela fournit une meilleure

compréhension des organisations. Pour les anarchistes, les existentialistes, les marxistes et les actionnalistes, la conception de l'organisation se définit comme l'expression du vouloir, du savoir et du faire de l'homme. Selon ces quatre écoles de pensée, on cherche alors à libérer l'homme de certaines contraintes économiques, politiques, sociales et culturelles qui ne servent qu'à justifier la domination et l'exploitation des travailleurs (Séguin & Chanlat, 1987, 1992). Selon cette vision, les organisations doivent tendre vers une plus grande participation, une plus grande responsabilisation ainsi qu'une plus grande autonomie de toutes les catégories de travailleurs. De cette vision découlent des mouvements de solidarité professionnelle et la syndicalisation, ainsi qu'un intérêt pour l'autogestion, le coopératisme, la débureaucratiation et les formes autonomes de travail. Le but de cette vision étant d'humaniser les organisations.

2.1.3 Le paradigme de la complexité

Le paradigme de la complexité regroupe les deux paradigmes précédents. Il importe d'abord de rappeler que le paradigme fonctionnaliste privilégie l'intégration, le consensus et la coordination fonctionnelle, en un mot l'ordre et que le paradigme critique privilégie, quant à lui, le conflit, l'opposition et le changement, en un mot le désordre (Séguin & Chanlat, 1987, 1992). Le paradigme de la complexité soutient que ces deux paradigmes agissent réciproquement l'un sur l'autre et que les notions d'ordre et de désordre ont toutes les deux un impact sur nos conceptions de la réalité sociale. Selon le paradigme de la complexité, les organisations doivent composer avec le changement ainsi qu'avec la turbulence et l'incertitude qui s'y rattachent. La complexité qui accompagne le changement ne doit plus être vue seulement comme une source de difficulté, mais plutôt comme une occasion de croissance, de cheminement et d'apprentissage pour l'organisation (Philippe 2007). La complexité au sein des organisations est réelle et le gestionnaire au lieu d'essayer de la fuir doit plutôt en tenir compte et moduler ses actions en conséquence. Le gestionnaire doit maintenant accepter que son rôle ne consiste plus seulement à commander, ni à programmer ou à contrôler, mais bien à exercer un leadership. En fait, on retrouve principalement des

professionnels au sein des organisations de soins, il importe donc pour le gestionnaire de favoriser l'émergence des connaissances et des compétences disponibles et de mettre en commun des objectifs qui font du sens pour l'ensemble des professionnels concernés par la réalité, permettant ainsi leur mobilisation (Philippe, 2007). Ces principes se veulent les prémisses à l'implantation d'un modèle de gestion partagée où les valeurs de partenariat et d'autonomisation sont privilégiées. Pour s'adapter à cette réalité du monde du travail, les organisations doivent repenser leur structure hiérarchique où la conformité et la stabilité dominant afin de faire place à l'autonomie, à l'initiative et à la créativité (R. Hess, 2011).

La revue de l'évolution des principales grandes écoles de pensée qui ont façonné l'histoire des organisations au cours du siècle dernier a permis d'observer l'influence qu'ont exercée ces différents courants de pensée sur la gestion des organisations. En effet, les différents courants de pensée ont modifié, chacun à leur façon, l'organisation du travail et ont contribué à l'importance de reconnaître et d'impliquer les travailleurs et les professionnels dans la prise de décision pour le maintien de l'équilibre organisationnel et pour l'efficacité du travail en groupe. Après avoir abordé l'évolution de la gestion dans les organisations, il s'avère essentiel de s'attarder au concept de changement organisationnel. Ce concept est présenté dans les sections suivantes.

2.2 LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

Un changement organisationnel correspond à une modification objective de l'environnement extérieure à soi et datée dans le temps (C. Bareil & Savoie, 1999). Il est déclenché par l'apparition d'un danger ou d'une occasion exceptionnelle, d'une amplitude telle que les membres de l'organisation doivent y porter attention. Une organisation touchée par un changement entre dans une période de déséquilibre et cette période est associée au moment où le changement s'opère vers l'état désiré (Tichy, 1983). Le changement organisationnel, tel que décrit par Fabi, Martin & Valois (1999) ; cités dans Bédard, Benoit & Viens (2005) se définit comme étant un changement concernant certains aspects clés d'un

système organisationnel. Un système organisationnel se réfère à tout ce qui est à l'intérieur de l'organisation et se décrit à l'aide de cinq composants fortement inter reliés que sont le management, le processus, la structure organisationnelle et les ressources humaines, les technologies, les personnes et les relations humaines (St-Amant, 2002). À l'intérieur de ces composants, on retrouve, à titre d'exemple, la mission et les valeurs de l'organisation, les processus et les activités, les conventions collectives, les équipements et les savoirs, les compétences personnelles et la satisfaction au travail (St-Amant, 2002). Le changement organisationnel revêt un caractère exceptionnel qui se différencie des transformations routinières puisqu'il génère beaucoup plus d'impact sur les structures, les processus et les destinataires. Morin (1988) met en évidence deux grandes stratégies de mise en œuvre d'un changement : un changement peut être imposé ou négocié. Dans le premier cas, le changement est prescrit par un réformateur. Une telle méthode nécessite des conditions qui sont souvent utopiques à l'intérieur d'une organisation, à savoir : unanimité de la réforme, absence d'oppositions, rapport de pouvoir totalement à l'avantage du réformateur et source de pouvoirs inexistante pour les destinataires. Conséquemment, ce changement est subi par les destinataires. Contrairement à cela, le changement négocié se présente plutôt comme une mise au point entre réformateurs et réformés. Cette forme de changement demeure l'optique la plus raisonnable si l'on considère que la réussite de l'implantation d'un changement repose sur le bon vouloir des exécutants et de l'assentiment de tous les acteurs impliqués (Morin, 1988). Généralement, un changement s'amorce par des modifications de l'environnement externe ou par des changements survenus à l'interne, comme l'arrivée d'une nouvelle équipe de direction ou une modification au point de vue de la disponibilité des ressources humaines ou des ressources financières. Cependant, quelle que soit la cause, la plupart du temps la finalité d'un changement organisationnel fait référence à une augmentation souhaitée sur le plan de la performance de l'organisation. Un changement sera considéré comme légitime, s'il contribue à améliorer et à développer des processus qui sont perçus comme étant critiques pour le succès de l'organisation (Bédard *et al.*, 2005). Au moment de son implantation, la réussite d'un changement majeur, repose essentiellement sur la capacité d'établir et de démontrer un lien clair, réel ou encore anticipé entre le changement proposé et ses effets sur

la performance organisationnelle (Chantal Viens *et al.*, 2005). Un changement aura plus de chance de réussite, si les principaux acteurs concernés vivent de l'insatisfaction vis-à-vis de la situation actuelle. Pour le destinataire, le changement organisationnel s'accompagne, la plupart du temps, de nouvelles tâches, de nouvelles responsabilités ou encore d'un nouveau rôle à assumer ou à apprendre, d'adopter de nouvelles attitudes et surtout d'abandonner ses habitudes routinières qui faisaient partie de son quotidien (C. Bareil, 2004). Les sections suivantes décrivent la gestion du changement, la résistance au changement ainsi que les différents modèles du changement organisationnel.

2.2.1 La gestion du changement

Plusieurs études portant sur le changement dans les organisations précisent le fait que la moitié des efforts de changement n'arrivent pas à être mis en œuvre adéquatement et que parmi ceux qui le sont, la majorité n'apportent pas les avantages attendus selon les budgets fixés et l'échéancier déterminé (C. Bareil, 2008; François Champagne, 2002). La plupart des changements génèrent des problèmes inattendus et exigent généralement deux fois plus de temps que prévu à implanter, ce qui mine le moral des troupes, et coûtent 1,5 fois plus cher à l'organisation (C. Bareil, 1997; C. Bareil, 2004). Plusieurs auteurs (Bashein *et al.*, 1994; Cascio, 1995; R. Jacob & Ducharme, 1995; Wellins & Murphy, 1995) cités dans les travaux de Champagne (2002) rapportent des taux d'échec de plus de 50 % dans l'implantation d'un changement organisationnel. Le taux de réussite des changements planifiés indique à quel point les changements organisationnels demeurent laborieux à réaliser. L'échec d'un changement planifié peut survenir à n'importe quel moment au cours des deux premières grandes étapes d'implantation du changement, soit au moment de sa planification et de sa mise en œuvre (François Champagne, 2002).

La multiplication des contraintes liées à l'implantation d'un changement affecte négativement la disposition des destinataires envers ce changement, ce qui impose au gestionnaire de faire appel à des méthodes adéquates pour, non seulement réussir les

chantiers qu'il entreprend, mais aussi pour éviter des effets collatéraux négatifs sur les membres de son organisation et sur les services rendus à la population (P. Collerette, 2008b). Il devient primordial pour le gestionnaire d'adopter des méthodes et des procédés adaptés à la nature et à l'envergure des défis posés. Autrement, comme mentionné par certains auteurs (P. Collerette, 2008a; Stacey, 1996) les gestionnaires exposent les organisations à l'émergence d'une sorte de confusion collective, proche du chaos, et à une baisse évidente d'efficacité et d'efficience. Or, il semble qu'il n'existe pas de façon unique de réaliser un changement, mais plutôt un ensemble d'actions mené par les gestionnaires.

2.2.2 La résistance au changement

La complexité et l'ampleur d'un processus de changement organisationnel font que son succès résulte d'une multitude de facteurs relatifs à l'environnement externe, aux caractéristiques organisationnelles ainsi qu'à celles des destinataires (C. Bareil, 2008). La planification et la mise en œuvre d'un changement au sein d'une organisation supposent une réflexion pointue sur le contenu du changement voulu, mais également sur les processus sociaux et humains impliqués. Or, en ignorant ces aspects, le gestionnaire s'expose au phénomène de résistance de la part des acteurs impliqués. La résistance au changement se définit généralement comme étant l'expression implicite ou explicite de réactions négatives ou défensives par rapport au changement, ou encore comme des forces restrictives s'opposant à la réorganisation des façons de faire et à l'acquisition de nouvelles compétences (C. Bareil, 2008; C. Bareil & Savoie, 1999). Puisque ces processus constituent les véritables déterminants d'une intégration du changement, il s'avère essentiel de s'y attarder. Dans un projet de réorganisation où les impacts sur les destinataires peuvent être négatifs, par exemple dans les établissements de soins, la réorganisation doit impérativement viser le maintien du degré d'engagement des destinataires, afin qu'ils puissent s'arrimer avec les objectifs stratégiques de l'organisation (Bédard *et al.*, 2005). L'engagement des destinataires passe d'abord par l'acceptation de la nouvelle réalité et par l'acquisition de nouvelles croyances, d'attitudes ou de comportements durables qui caractérisent cette nouvelle réalité. Pour le destinataire,

l'engagement envers le changement stabilise ses comportements et ses nouvelles habitudes de travail (C. Bareil, 2004). Pour accroître sa capacité de changement, l'organisation doit être en mesure d'inciter les destinataires à modifier leurs rôles et leur mission, leurs attitudes et la manière dont ils interprètent les problèmes auxquels ils sont confrontés, ainsi qu'à accroître les efforts qu'ils désirent y consacrer (Chantal Viens *et al.*, 2005). Les concepts de gestion partagée et de leadership, qui seront abordés ultérieurement, se composent des valeurs de relations humaines et des valeurs de motivation du travail. Dans cette optique, ces deux concepts revêtent une importance considérable lors des trois étapes de changement, définies par Bareil & Savoie (1999) qui entourent l'implantation d'un changement organisationnel, soit la planification, la mise en œuvre et l'appropriation du changement. Il s'avère important que le gestionnaire puisse reconnaître qu'un projet de changement organisationnel soit influencé, tout au long des étapes de son implantation, par différents facteurs avec lesquels il doit composer, dont le contexte dans lequel le changement se planifie et s'implante, la structure organisationnelle, la culture de l'organisation ainsi que le leadership des gestionnaires (Bédard *et al.*, 2005). Les différentes conceptions du changement organisationnel

Denis et Champagne (1990) ont procédé à une étude des différentes conceptions du changement organisationnel. Ils ont retenu cinq grands modèles du changement organisationnel qui sont en fait des approches qui ont été utilisées par les théoriciens de l'organisation pour aborder le concept de changement organisationnel. Ces cinq modèles se déclinent comme suit : le modèle hiérarchique, le modèle psychologique, le modèle structurel, le modèle politique et finalement le modèle du développement organisationnel. Ces modèles répertoriés mènent à des explications et à des compréhensions différentes du processus de gestion d'un changement organisationnel.

2.2.2.1 Le modèle hiérarchique

Le modèle hiérarchique s'appuie sur une vision mécaniste de l'organisation popularisée par les théories classiques du management (Morgan, 1986). Cette conception de l'organisation met l'accent sur le contrôle des individus en situation de travail. La hiérarchie

organisationnelle qui s'y rattache façonne les comportements des individus d'une très forte prévisibilité. Ce modèle accorde un rôle clé au gestionnaire en position d'autorité. Le gestionnaire doit décider des changements à apporter, il doit exercer tout au long du processus de changement un contrôle hiérarchique, il doit transmettre des directives aux individus et il doit jouer un rôle de supervision. Selon le modèle hiérarchique, pour qu'un changement s'implante adéquatement, chacune des étapes et chacune des procédures doivent être planifiées et suivies fidèlement. Cette perspective hiérarchique représente la conception traditionnelle du changement planifié dans les organisations.

2.2.2.2 Le modèle psychologique

Le modèle psychologique met l'accent sur la réaction des individus quant au changement. Ce modèle propose une relation séquentielle entre les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements des individus. Le changement est alors interprété par les individus en fonction de leurs systèmes de réponses apprises et appliquées automatiquement aux nouvelles situations. Conséquemment, cela suppose que les croyances et les attitudes des individus les motiveront à accepter, ou non, le changement proposé (Denis & Champagne, 1990). Dans le modèle psychologique, le rôle du gestionnaire consiste à mettre en place un cadre favorable aux apprentissages liés au changement. Ce contexte favorable permet d'accroître la responsabilité et les initiatives des individus impliqués dans le changement. Les erreurs des individus servent à reconnaître des occasions d'apprentissage plutôt qu'être l'objet de sanctions. Cela permet par la suite de définir collectivement des pistes d'expérimentation et de recherche d'informations en vue de résoudre la situation problématique. Le changement sera considéré comme un succès, selon l'habileté du gestionnaire à instaurer des normes dans un contexte favorisant les apprentissages.

2.2.2.3 *Le modèle structurel*

Denis & Champagne (1990) ont décrit le modèle structurel comme un modèle capable de découvrir les sources de changement dans un ensemble de facteurs situationnels, en particulier les facteurs environnementaux et technologiques. Selon le modèle structurel, l'organisation repère les pressions liées au changement, opère un examen critique de sa structure, prend les décisions par rapport à un ensemble de facteurs, et finalement ajuste sa structure aux différentes contraintes ou aux différentes circonstances qui caractérisent l'organisation. Les organisations qui réussissent à implanter un changement avec succès se distinguent des autres organisations par la flexibilité de leur structure et par leur capacité d'adapter cette structure aux exigences de changement. Dans le modèle structurel, le rôle du gestionnaire se résume à celui d'un réorganisateur ayant pour but de répondre à de nouvelles situations.

2.2.2.4 *Le modèle politique*

Le modèle politique considère l'adoption et l'implantation d'un changement comme des jeux de pouvoir organisationnels dont le résultat constitue un réajustement aux pressions internes et externes. Lors de l'implantation d'un changement, l'accent est mis sur l'analyse des stratégies des différents individus ainsi que sur leurs interactions. Le processus d'implantation de changement est marqué par une négociation continuelle entre les champs d'intérêt des différents individus concernés. Selon ce modèle, le succès d'un changement n'est pas lié à l'efficacité du processus de planification ou encore à l'efficacité du système de contrôle, mais plutôt aux appuis accordés par les individus ou encore par les groupes ayant le plus de pouvoir et exerçant le plus de contrôle au sein de l'organisation (Denis & Champagne, 1990). À l'intérieur du modèle politique, le rôle du gestionnaire en est un principalement de mobilisateur et de négociateur. En effet, il mobilise les groupes dans l'intérêt du changement à implanter. Selon les résistances rencontrées, il est appelé à négocier, c'est-à-dire à démontrer les avantages que pourront retirer les individus s'il y a

introduction du changement. Un changement sera implanté adéquatement si l'on réussit à vaincre les résistances naturelles des individus ayant le plus d'influence.

2.2.2.5 Le modèle du développement organisationnel

Le modèle du développement organisationnel suggère un style de gestion participatif, une décentralisation des processus de décision, des programmes d'enrichissement de tâches et la mise en place de mécanismes favorisant la communication. Selon cette approche, le changement deviendra un succès si le gestionnaire réussit à promouvoir des valeurs de participation et de consensus, notamment en améliorant la qualité de vie organisationnelle (Demers, 1999). Le modèle du développement organisationnel s'intéresse à l'organisation informelle de groupes et aux phénomènes de motivation et de solidarité au travail en rapport avec les niveaux de productivité de l'organisation. Ce modèle s'applique particulièrement au sein des bureaucraties professionnelles que constitue les organisations de soins. Selon ce modèle, les obstacles au changement peuvent provenir des sources suivantes : une mauvaise transmission ou une transmission insuffisante de l'information, un maintien d'une perception négative du changement, une confusion entourant les rôles et les responsabilités des personnes impliquées et une absence de mécanisme de collaboration (Denis & Champagne, 1990). Quant au succès de l'implantation du changement, il repose essentiellement sur la capacité de l'organisation à générer un consensus autour des objectifs poursuivis par le changement. Le modèle du développement organisationnel a été retenu pour l'élaboration du cadre de référence de cette présente étude de cas. Ses valeurs de participation, de consensus, de souplesse et de flexibilité se rapprochent des principes du concept de la gestion partagée. De plus, le modèle du développement organisationnel a fait l'objet d'un grand nombre d'études et semble reposer sur des bases solides (François Champagne, 2002). Il est expliqué plus en détail dans la section qui porte sur le cadre de référence. Or, tel que mentionné précédemment, il s'avère important que le gestionnaire puisse reconnaître que la gestion d'un changement organisationnel soit influencée, tout au long des étapes de son implantation, par

différents facteurs, dont celui du leadership des gestionnaires. La prochaine section traite de ce concept.

2.3 LE CONCEPT DE LEADERSHIP

Les changements organisationnels se présentent souvent comme des situations fréquentes et complexes qui mettent constamment le gestionnaire au défi afin qu'il puisse maintenir un environnement de travail sain visant la satisfaction au travail et la rétention du personnel (Casida & Pinto-Zipp, 2008). Plusieurs auteurs appuient l'idée que les gestionnaires des établissements de soins et des services sociaux doivent adopter des comportements de leadership, tels que guider, appuyer, montrer l'exemple par leurs actions et déléguer des responsabilités. Ces comportements s'avèrent des comportements appropriés pour faire face aux turbulences qu'occasionnent les changements. Contrairement au rôle de gestionnaire, qui se réfère à coordonner des ressources à travers une série de fonctions et de procédures préétablies afin d'atteindre les buts précis de l'organisation, le rôle de leader se réfère plutôt à l'aptitude d'une personne ou d'un groupe à exercer une influence dominante sur d'autres personnes en obtenant leur adhésion active à des idées, à des orientations, à des projets ou à d'autres actions sociales (Pouliot, 2005). Ce qui s'avère plutôt important au sein d'une bureaucratie professionnelle à l'intérieur de laquelle les professionnels jouissent d'une grande latitude tant sur leur travail que sur la prise de décisions au sein de l'organisation. Malgré tout, il existe des similitudes entre le rôle de gestionnaire et le rôle de leader, entre autres, celui de motiver et d'influencer les personnes afin d'atteindre les buts organisationnels (Stonehouse, 2013). Toutefois, quelques auteurs ont mis en évidence plusieurs différences entre ces deux rôles (Daft & Marcic, 2009; Mullins, 2010). D'abord, le gestionnaire est souvent réactif aux situations survenant dans le cadre de son travail. Il donne parfois l'impression d'éteindre des feux et d'aller de crise en crise. Le gestionnaire regarde et vise la ligne d'arrivée. Pour ce faire, il applique à ses équipes des politiques et des procédures, parfois rigides, dans le but de faire les choses plus vites, de façon plus efficace et à moindre

coût. Contrairement au gestionnaire, le leader donne rarement l'impression d'être dans l'urgence d'agir. Il regarde l'horizon. Il se réserve de l'espace pour réfléchir et pour innover. Le leader va se questionner sur la façon de changer les choses pour améliorer la situation et sur la façon de résoudre un problème avant que celui-ci n'ait un impact négatif sur son équipe ou encore sur les patients. Dans son étude (Ménard, 2002) citant Kotter (1995), rapporte que la conduite d'un changement requiert 80 % de leadership et 20 % de gestion et que la réalité représente souvent l'inverse. Pour certains auteurs, le concept du leadership s'accompagne également des concepts de pouvoir et d'autorité (Furtado, Batista, & Francisco, 2011). Ces deux concepts évoquent la légitimité nécessaire à une personne pour exercer certaines fonctions ainsi qu'un ascendant hiérarchique, par lequel une personne peut se faire obéir. Pour sa part, Bass (1990) définit le leadership comme une interaction entre deux membres ou plus d'un groupe qui impliquent souvent une structuration ou une restructuration de la situation, des perceptions et des attentes des membres. D'autres auteurs décrivent le leadership comme un processus dont la nature se retrouve dans l'habileté d'un individu à influencer les actions des autres, tout en étant capable de déterminer et de poursuivre des objectifs ainsi que de planifier des actions dans un scénario dynamique (Forbes-Thompsons *et al.*, 2006; Furtado, Batista, & Silva Ferreira, 2011).

Au fil du temps, de nombreux chercheurs se sont intéressés au concept du leadership ainsi qu'à ses impacts dans un contexte de changement organisationnel. Selon Tremblay *et al.*, (2005), il existe deux catégories de variables pouvant agir sur les comportements de mobilisation du personnel lors d'un changement, ce sont les caractéristiques de l'organisation et le style de leadership des gestionnaires. La recherche s'avère riche en ce qui concerne le concept du leadership. Les sections suivantes servent à décrire quelques styles de leadership définis au cours des dernières décennies, soit le leadership collaboratif, le leadership paternaliste, le leadership laisser-faire, le leadership transactionnel et le leadership transformationnel.

2.3.1 Le leadership collaboratif

Le leadership collaboratif se décrit comme un style de leadership où le leader qui l'adopte réussit, sans être directif et sans donner d'ordres, à motiver tous les membres du groupe afin que chacun d'entre eux exploite ses talents respectifs. Ce type de leader travaille en collaboration avec les membres d'un groupe à travers un dialogue qui minimise les différences de pouvoir (Kramer & Crespy, 2011). Le leadership collaboratif se coconstruit lorsque le leader responsabilise les individus du groupe en leur transmettant l'autorité nécessaire leur permettant de prendre des décisions en lien avec leurs activités professionnelles (Little & Little, 2006). Ces auteurs, nommés précédemment, soutiennent que les groupes qui pratiquent ce style de leadership sont les groupes les plus efficaces.

2.3.2 Le leadership paternaliste

Le style de leadership paternaliste combine trois dimensions différentes : l'autoritarisme, la bienveillance et la moralité (Suryani *et al.*, 2012). L'autoritarisme se réfère aux comportements de leadership qui mettent l'accent sur l'autorité et le contrôle, et demandent obéissance de la part des subordonnées. La bienveillance concerne l'attention que porte le leader à ce que vit la personne en s'intéressant à son bien-être personnel, mais aussi à celui de ses proches. La personne éprouve alors de la gratitude et se sent redevable envers le leader. La moralité, représente les comportements du leader qui démontrent certaines aptitudes, telles qu'une conduite modèle, tant professionnelle que personnelle. En plus de susciter le respect des subordonnées à l'égard du leader, ceux-ci éprouvent le désir de s'identifier à lui. Ces trois dimensions ressemblent aux caractéristiques paternelles qui évoquent la protection, le prendre soin, mais également l'autorité et la discipline.

2.3.3 Le leadership laisser-faire

Le leadership laisser-faire, appelé aussi leadership non transactionnel, se décrit paradoxalement comme une absence de leadership. Ce style de leadership est présent lorsque le gestionnaire s'implique peu dans la relation qu'il entretient avec ses employés. Il retarde, ou il évite, la plupart du temps les décisions concernant ses employés et il cherche à se désengager de ses responsabilités de gestion (Antonakis *et al.*, 2003). Le leader, si l'on peut l'appeler ainsi, n'est guère disponible lorsqu'on a besoin de lui et ne fournit à peu près aucun soutien (Bass, 1990; Tremblay *et al.*, 2005). Le style de leadership laisser-faire nuit même à la mobilisation des équipes. En effet, le gestionnaire qui en fait preuve se montre passif. Il démobilise les membres de son équipe, car il intervient seulement lorsque les choses vont mal ou que les standards ne sont pas atteints (Avolio, 1999). Son influence sur les différents indices d'efficacité se rapportant aux employés, comme par exemple le taux d'absentéisme ou la satisfaction au travail, est négative (Casida, 2007; McGuire & Kennerly, 2006). De plus, laissés à eux-mêmes, sans rétroaction ni soutien, les employés n'ont tout simplement pas le sentiment de faire partie d'une équipe. Sans direction ni alignement, l'occasion de se démobiliser et de se désengager de leur organisation leur est donc offerte (Casida & Parker, 2011). Pire que la démobilisation, cette occasion peut ouvrir la porte à une mobilisation des employés contre l'organisation.

2.3.4 Le leadership transactionnel

Le leadership transactionnel s'appuie, quant à lui, sur un mode de gestion axé sur la tâche et sur l'obtention de résultats à court terme. Il se distingue par deux types de comportements : les récompenses et les sanctions. Le leader transactionnel établit clairement ses objectifs et ses attentes quant aux rôles et aux tâches attendus (Casida & Parker, 2011; Casida & Pinto-Zipp, 2008). Il mise préférentiellement sur sa position hiérarchique pour que les membres de son équipe remplissent leurs engagements envers l'organisation. Le leader transactionnel s'intéresse principalement aux moyens de maintenir et d'améliorer le niveau

et la qualité de la performance des membres de son équipe et, pour ce faire, il exerce une forte supervision ainsi qu'un contrôle du comportement de ces derniers. Il agit directement sur les intérêts personnels des employés afin de les motiver (Bass, 1985). Le leader transactionnel peut être actif en motivant son équipe par l'attribution de récompenses qui pourront être obtenues si le rendement est assuré (Stordeur & Viens, 2009). Ces récompenses peuvent être, par exemple, des éloges verbaux, des récompenses financières ou encore de la reconnaissance publique (Northouse, 2010). Ces récompenses sont positivement associées à un effort accru de la part des employés ainsi qu'à un niveau de satisfaction plus élevé (Dumdum *et al.*, 2002). Casida & Parker (2011) ont démontré au cours d'une étude effectuée dans un hôpital de soins de courte durée que selon la perception des infirmières, il existe une relation positive entre l'éventuelle attribution de récompenses reliée au style de leadership transactionnel et la satisfaction des infirmières quant à l'efficacité du leadership de leur gestionnaire, soit le chef de l'unité. Une corrélation positive, de modérée à forte, a aussi été démontrée, par certains chercheurs, entre l'attribution de récompenses et l'implication des infirmières au sein de leur unité de travail et une plus grande cohérence concernant les valeurs partagées à la base de l'organisation. L'attribution de récompenses contribue également à clarifier les rôles et les tâches attendues, action importante à l'étape de la planification du changement (Casida & Pinto-Zipp, 2008; McGuire & Kennerly, 2006). Cependant, le leader transactionnel peut aussi être passif et gérer par exception en intervenant par des sanctions seulement lorsque des erreurs surviennent ou encore lorsque les standards ne sont pas atteints (Casida & Parker, 2011; Casida & Pinto-Zipp, 2008).

Une étude menée par Casida (2007) a établi qu'il existe une corrélation négative, entre le style de leadership transactionnel des infirmières-chefs, faisant l'utilisation de sanctions, et la perception des infirmières concernant la capacité des infirmières-chefs à influencer positivement, à écouter, à appuyer et à communiquer. Par ailleurs, les gestionnaires novices sont plus à l'aise d'utiliser le style de leadership transactionnel, comparativement aux gestionnaires plus expérimentés qui vont utiliser fréquemment un style de leadership transformationnel, plus polyvalent selon les situations données (Casida, 2007; Casida & Parker, 2011).

2.3.5 Le leadership transformationnel

Les habiletés reliées à l'exercice du style de leadership transformationnel reposent sur quatre composantes essentielles introduites par Bass (1990) : l'influence idéalisée (auparavant appelée le charisme), la motivation inspirée, la stimulation intellectuelle et la considération individuelle (Doody & Doody, 2012; Wade-Bamford & Moss, 2010). Selon Casida & Parker (2011), la première composante, soit l'influence idéalisée se partage en deux. D'abord, elle se retrouve dans les attributs reliés à la personnalité charismatique du leader. Les employés éprouvent de l'admiration, du respect, de la confiance à l'égard de leur gestionnaire et ils s'identifient à lui émotionnellement. Le gestionnaire « leader » est alors perçu comme un modèle aux yeux de ses employés. Cette idéalisation du leader s'explique par son intégrité et la moralité de sa conduite. L'influence idéalisée se retrouve également dans les actions du leader. La deuxième composante, la motivation inspirée, se nourrit de la conviction du leader envers ses propres idéaux et son système de valeurs. Le leader communique alors ouvertement sa vision, explicite ses attentes et dépeint de façon attrayante et inspirante les résultats positifs qui pourraient découler des efforts de chacun des membres de l'équipe. Il n'hésite pas à exprimer sa confiance envers leurs capacités et leurs compétences, et leur envoie régulièrement des échos positifs (Stordeur *et al.*, 2001). Il les encourage à atteindre leurs propres buts tout en restant engagés envers la vision et les objectifs de l'organisation (Doody & Doody, 2012). Il demeure enthousiaste et optimiste, deux facteurs qui favorisent la motivation et la mobilisation. Quant à la troisième composante, la stimulation intellectuelle, elle se réfère à la capacité que démontre le leader à encourager ses employés à développer leur pensée critique et à remettre en question leur façon de faire habituelle. Le leader se montre capable de les inciter à être créatifs et à innover en contestant les hypothèses, en recadrant les problèmes et en envisageant les situations passées sous un angle nouveau. Finalement, la dernière composante, celle de la considération individuelle, peut prendre différentes formes telles que l'équité, le respect, l'appréciation, la confiance et l'écoute (Furtado, Batista, & Francisco, 2011). La considération individuelle

mène à l'unité et à la construction d'un esprit d'équipe (Stordeur *et al.*, 2001). Le gestionnaire qui opte pour le leadership transformationnel permet à ses employés de se développer et de grandir professionnellement. Il agit souvent comme un coach ou même comme mentor auprès de certains, c'est-à-dire qu'il les conseille ou le guide professionnellement. Ce type de leader apporte son soutien et donne de la rétroaction, un processus par lequel un individu et un leader sont capables d'interagir, de partager leurs perceptions ainsi que de tenter de comprendre la perception de l'autre. Outre son efficacité lorsqu'il s'agit de modifier les comportements, la rétroaction peut aussi être envisagée comme une forme de récompense. Son incidence sur la performance et sur la collaboration se veut généralement positive (Tremblay *et al.*, 2005).

Selon Bass (1985), chacun de ces trois styles de leadership, le leadership laisser-faire, le leadership transactionnel et le leadership transformationnel, cohabite, généralement, chez un même gestionnaire, mais à des degrés différents. La prédominance d'un style par rapport aux autres différencie les gestionnaires. Conséquemment, selon cette prédominance, nous serons en présence, ou non, d'un gestionnaire plus ou moins mobilisateur. La section suivante traite du style de leadership transformationnel et de ses différents atouts qui permettent d'influencer de façon positive la gestion d'un changement organisationnel.

2.3.5.1 L'influence positive du leadership transformationnel lors de la gestion d'un changement organisationnel

Selon plusieurs auteurs, le leadership transformationnel présente plusieurs atouts qui suscitent la mobilisation et la performance globale des employés car il intègre et encourage activement l'innovation et le changement (Dvir *et al.*, 2002; Sofarelli & Brown, 1998). Lors d'un changement organisationnel, le gestionnaire qui adopte ce style de leadership démontre de la facilité à susciter un climat de confiance, car il est perçu comme quelqu'un qui sait où il va (Dirks & Ferrin, 2002). Il insuffle une vision aux membres de son équipe et les amène à transcender leurs croyances, leurs aspirations, leurs besoins et leurs valeurs au nom d'une vision collective (Bamford-Wade & Moss, 2010). Il les amène à s'engager envers de

nouveaux objectifs organisationnels, créant ainsi une identité commune au sein de l'équipe. L'influence exercée par ce type de leader sur ses employés, les amènent à dépasser leurs préoccupations et leurs intérêts personnels pour le bien de l'organisation. L'effet de cette influence consiste essentiellement à leur donner du pouvoir, de façon à ce qu'ils se sentent impliqués dans le changement et deviennent eux aussi des leaders et des agents de changement (Stordeur *et al.*, 2001). Le leader transformationnel encourage l'autonomie des employés en déléguant des responsabilités et en leur offrant de nouveaux défis. Il accepte l'erreur, il soutient, il guide, il encourage et il mobilise son équipe. Ces façons de faire permettent aux différents acteurs locaux de jouer un rôle de premier plan pour résoudre des problématiques ou encore des situations insatisfaisantes au regard du changement organisationnel qui s'implante. Le leader transformationnel met en place des processus de travail qui reposent sur des dimensions relationnelles provoquant un engagement mutuel entre lui et ses subordonnés. Certains auteurs ont démontré qu'il existe une relation positive entre le style leadership transformationnel et l'engagement des employés envers différentes cibles telles que la cohésion d'équipe ou encore l'atteinte des objectifs de l'organisation (DeGroot *et al.*, 2000). Le leader transformationnel incite, à l'intérieur de l'organisation, le comportement citoyen, c'est-à-dire qu'il stimule la collaboration et l'esprit d'équipe. Il favorise le développement par la tenue de débats d'idées créatrices et novatrices. De plus, la communication ouverte et transversale, valorisée par l'adoption de ce style de leadership, aide le gestionnaire à accompagner son équipe avant, pendant et après le changement (Bédard *et al.*, 2005). Le style de leadership transformationnel engendre un impact positif sur l'efficacité organisationnelle, puisqu'en plus de la délégation des pouvoirs, il suppose une conscience de la réalité, ainsi qu'une valorisation des initiatives, des innovations et de l'amélioration continue (Rodwell *et al.*, 2009). Une étude menée par Casida & Parker (2011) a démontré qu'il existe une corrélation positive entre la considération individuelle et l'influence idéalisée du gestionnaire et sa capacité à maintenir un environnement de travail positif tout en atteignant les objectifs du changement organisationnel.

Becket *et al.*, (2013) ont conduit une recherche en Australie au moment où une unité de santé mentale se préparait à être transférée dans un centre intégré de santé mentale et de

dépendances aux drogues et à l'alcool. Antérieurement, les efforts fournis par les gestionnaires et par les infirmières de cette unité pour améliorer la culture et la pratique de soins n'avaient pas donné les résultats souhaités et l'expérience de soins partagée par les infirmières et par les patients hospitalisés demeurait négative. Le but poursuivi par ce projet consistait à améliorer l'expérience de soins pour les patients, mais aussi pour les infirmières qui assuraient ces soins. Ce projet, d'une durée douze mois, a été amorcé dès la planification du déménagement de l'unité de santé mentale. Il s'est poursuivi lors de la mise en œuvre du changement, c'est-à-dire lors du déménagement de l'unité. Tout au cours du projet, les infirmières avaient l'occasion d'exprimer leurs idées et leurs opinions sur des thèmes préalablement identifiés qui exploraient, entre autres, les valeurs et la mission de l'organisation, la sécurité des patients et les compétences professionnelles à développer. Les infirmières ont ensuite contribué à l'élaboration d'un plan d'action qui permettait d'atteindre le but du projet, soit l'amélioration de l'expérience de soins pour les patients et pour les infirmières. Les résultats rapportés par ce projet ont démontré les effets bénéfiques du leadership transformationnel dans la facilitation d'un changement de culture. Les infirmières impliquées ont affirmé que la cohésion d'équipe est devenue plus forte en cours de projet, tout comme l'engagement des membres de l'équipe pour l'amélioration des soins (Beckett *et al.*, 2013). Sans être terminé au bout des douze mois, le projet s'est poursuivi dans une optique de processus de continuité du changement et d'amélioration continue. Ce projet démontre bien que le succès de la gestion d'un changement requiert la nécessité d'impliquer et de consulter les infirmières dès l'étape de la planification du changement organisationnel ainsi que de leur permettre de participer aux processus de prises de décisions clinico-administratives, et cela tout au long de l'étape de la mise œuvre. Abualrub & Alghamdi (2012) ont conduit une vaste étude en Arabie Saoudite qui a démontré que les infirmières sont plus enclines à s'engager dans un processus de changement lorsqu'on tient compte de leurs idées et de leurs opinions et qu'on les implique dans la prise de décision, des éléments qui sont tous des éléments associés au leadership transformationnel. Par ailleurs, cette étude, conduite auprès de gestionnaires de deux grands systèmes de santé, engagés dans de multiples initiatives de changement, a mis en évidence les facteurs qui contribuent au succès

des initiatives de changement. Parmi les dix facteurs de succès retenus, on y retrouve le style de leadership transformationnel et la communication (Abualrub & Alghamdi, 2012). En plus d'accompagner favorablement un changement organisationnel, des études portant sur le leadership transformationnel ont également établi un lien positif entre ce style de leadership et la satisfaction et le bien-être au travail chez les infirmières. Le leadership transformationnel est aussi associé à un meilleur taux de rétention du personnel infirmier, à une amélioration de la performance au sein des équipes et à une amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients (Corrigan *et al.*, 2000; Doran *et al.*, 2004; McGuire & Kennerly, 2006; Weberg, 2010). Le style de leadership transformationnel repose sur des principes qui recoupent ceux d'un autre concept, celui de la gestion partagée (Bamford-Wade & Moss, 2010). En effet, ces deux concepts intègrent des principes de valorisation professionnelle, de responsabilisation et d'engagement collectif qui permettent de rencontrer les défis associés aux changements continuels dans le réseau de la santé (Johnson *et al.*, 2012). La section suivante décrit le concept de gestion partagée.

2.4 LE CONCEPT DE GESTION PARTAGÉE

Le concept de gestion partagée dans les organisations de soins a vu le jour aux États-Unis vers la fin des années 70. Ce mode de gestion s'intéressait particulièrement à la pénurie et à la rétention des infirmières ainsi qu'au taux élevé de roulement du personnel. À ce moment-là, le système de santé américain est touché de plein fouet par des restructurations économiques et des réingénieries qui ébranlent la confiance des infirmières envers les gestionnaires. Il devenait donc primordial de créer une culture qui allait permettre un meilleur environnement de travail afin de retenir les infirmières (Overcash & Petty, 2012). Les sections suivantes décrivent ce qu'est la gestion partagée, sa mesure, les avantages de la gestion partagée pour la pratique infirmière et les conditions requises pour le succès de sa mise en œuvre au sein d'une organisation.

2.4.1 La définition du concept de gestion partagée

Le concept de gestion partagée se définit comme un processus dynamique qui fait la promotion de la collaboration, du partage des prises de décision et de la responsabilisation pour la pratique infirmière à travers les forces de *l'autonomisation* qui se décrivent brièvement comme étant la capacité de donner du pouvoir, de la force, du contrôle et de l'autorité aux autres (Chantal Viens *et al.*, 2005). La gestion partagée se réfère à un mode de gestion qui encourage la responsabilisation des infirmières et, ultimement, une plus grande autonomie professionnelle (Payne, 2009; Swihart & Porter-O'Grady, 2006). La responsabilisation se définit comme étant l'obligation pour chacune des infirmières de s'assurer qu'elle dispose des compétences et des connaissances nécessaires pour fournir un travail efficace et efficient et pour apporter une contribution positive à l'organisation (Bakewell, 2004). L'autonomie professionnelle s'exprime par la volonté des infirmières de s'impliquer dans la prise de décision et d'exprimer leur responsabilisation à travers ces décisions. C'est aussi la volonté des infirmières d'évaluer et d'être évaluées par les autres en fonction de leur performance professionnelle. Cette volonté et cette capacité d'évaluation se base sur l'ensemble des compétences et des connaissances infirmières ainsi que sur leur expertise clinique permettant ainsi une amélioration continue des soins (Fujitas *et al.*, 2009). La gestion partagée fait appel à une décentralisation des structures d'autorité et évolue avec les besoins des services et des soins de santé qui visent une prestation de soins de qualité (Overcash & Petty, 2012). Le concept de gestion partagée encourage et favorise l'implication des infirmières dans les processus décisionnels qui touchent le développement et l'amélioration des soins et des procédures cliniques (McDowell B. *et al.*, 2010; Overcash & Petty, 2012; Scott & Caress, 2005). La gestion partagée représente une innovation du point de vue de la gestion puisqu'elle vient légitimer le pouvoir et le contrôle des infirmières sur leur pratique professionnelle (Hess, 1994). Le partage de pouvoir et de responsabilités fait référence à un changement de lieu, à l'interne, où se concentrait auparavant l'ensemble ce pouvoir. Le partage de pouvoir et de responsabilités fait référence au principe de partenariat qui s'actualise par la capacité de construire une relation de collaboration entre les parties. Le partenariat relève d'un processus évolutif concernant le développement d'un lien de

confiance et de l'estime professionnelle des infirmières par le pouvoir que leur reconnaissent les gestionnaires et par leur investissement actif dans des initiatives de transformation organisationnelle (Wade-Bamford & Moss, 2010).

Il existe trois modèles de gestion partagée, le modèle administratif, le modèle par congrès et le modèle par comités-conseils (Hess, 2004). Le modèle administratif ressemblant au modèle bureaucratique traditionnel, départage les conventions de l'organisation en deux voies distinctes, celle de la gestion et celle du niveau clinique. Le modèle par congrès fait quant à lui référence à des composantes démocratiques où les infirmières sont invitées, par le biais de leur vote, à se faire entendre sur certaines situations. Quant au modèle par comités-conseils, le modèle le plus commun selon Hess (2004), il présente une structure dans laquelle on retrouve un comité de coordination qui intègre les décisions des quatre sous-comités, soit un comité de gestion, un comité d'amélioration de la performance, un comité de pratique professionnelle et un comité de la formation.

2.4.2 La mesure de la gestion partagée

Hess (1994) a développé un instrument de mesure fiable nommé *Index of professional Nursing Governance* (IPNG) et utilisé depuis bientôt vingt ans dans les milieux hospitaliers pour mesurer la perception des infirmières et des autres professionnels de la santé quant au concept de la gouvernance et des dimensions de la gestion partagée (Anderson, 2011; R. G. J. Hess, 2011). L'INPG mesure le degré de gestion partagée sous l'angle des six dimensions : 1) le contrôle professionnel sur la pratique de soins 2) l'influence professionnelle sur la gestion des ressources nécessaires à la pratique infirmière 3) la reconnaissance de l'organisation quant au contrôle et à l'influence du professionnel 4) la structure facilitant la participation à la prise de décision 5) l'accès à l'information et 6) l'alignement ou du partage des buts organisationnels ainsi que de la gestion des conflits.

2.4.3 Les avantages pour la pratique infirmière découlant de la gestion partagée

Les avantages de la mise en œuvre d'un mode de gestion partagée s'avèrent importantes et nombreuses pour la pratique infirmière. D'abord, la gestion partagée assure des pratiques collaboratives dans le processus de prises de décision et des relations positives sur le plan de l'interdisciplinarité (Barden *et al.*, 2011). En plus d'offrir un moyen aux infirmières de se voir transférer des responsabilités professionnelles en regard des soins qu'elles offrent à leurs patients, mais également en ce qui concerne leur environnement de travail (Wade-Bamford & Moss, 2010). La responsabilisation des infirmières qui découle de la mise en œuvre de la gestion partagée crée chez infirmières un engagement envers l'organisation ainsi qu'une solide fondation pour un meilleur environnement de travail (Fray, 2011; Overcash & Petty, 2012). L'autonomie professionnelle associée au concept de gestion partagée constitue une variable capable de diminuer l'épuisement au travail, d'influencer positivement la cohésion d'équipe, la qualité des soins, la satisfaction des infirmières ainsi que celle des patients (Melanie Lavoie-Tremblay *et al.*, 2010; McDowell B. *et al.*, 2010). La mise en œuvre de la gestion partagée permet aussi aux infirmières d'étendre leur influence professionnelle à l'intérieur des secteurs administratifs, qui jusque-là étaient contrôlés uniquement par les gestionnaires (Hess, 1998). Le concept de gestion partagée au sein d'une organisation de soins favorise l'exploitation positive de l'intelligence collective des infirmières grâce à leur implication active dans les différentes prises de décision clinico-administratives. Finalement, la mise en œuvre de la gestion partagée valorise la pratique infirmière, car elle encourage la créativité des infirmières et leur sens de l'initiative quant à la résolution de problèmes. Conséquemment, le niveau de satisfaction au travail est rehaussé contribuant ainsi à un meilleur taux de rétention des infirmières (Barden *et al.*, 2011; McDowell B. *et al.*, 2010; Swihart & Porter-O'Grady, 2006).

2.4.4 Les conditions requises pour assurer la mise en œuvre de la gestion partagée

La mise en œuvre de la gestion partagée au sein d'une organisation ne se réalise pas en suivant l'application d'une série de règles rigides, mais plutôt par une série d'actions et de conditions qui nécessitent des réévaluations constantes de part et d'autre pouvant répondre aux environnements en continuelle transformation (Scott & Caress, 2005). La mise en œuvre de la gestion partagée requiert d'abord une philosophie organisationnelle où les croyances, les valeurs, le pouvoir et les prises de décision sont partagés par plusieurs individus, dont les infirmières et les gestionnaires (Barden *et al.*, 2011). Les gestionnaires doivent être capables de renoncer à un certain pouvoir et de le déléguer aux membres de leur équipe, en l'occurrence les infirmières. Cela exige un travail collaboratif où les gestionnaires et les infirmières coopèrent pour partager la prise de décision qui touche aux pratiques cliniques et opérationnelles (Wilson *et al.*, 2014). Ensuite, la mise en œuvre de la gestion partagée demande une rigueur et une volonté ferme de la part des gestionnaires quant au maintien en fonction des différents comités-conseils, en plus de connaître leur rôle, de reconnaître leur légitimité, d'encourager leurs prises de décisions ainsi que d'accepter et d'appliquer leurs recommandations en temps opportun (Overcash & Petty, 2012). En cas contraire, le risque demeure grand de compromettre la collaboration, le partage des responsabilités et l'imputabilité des résultats quant aux prises de décision (Swihart & Porter-O'Grady, 2006). Des chercheurs ont démontré que, dans un hôpital où le mode de gestion partagée était implanté depuis 10 ans, il demeurait encore difficile, pour certains gestionnaires, d'adopter le rôle attendu par ce type de gestion, comme celui de mentor, et d'apporter l'appui nécessaire aux infirmières qui doivent elles aussi faire preuve de leadership (McDowell B. *et al.*, 2010). Certains gestionnaires avaient encore tendance à s'appuyer, sur des règles, des politiques et des standards de pratique.

La mise en œuvre du mode de gestion partagée s'avère également favorisée par deux autres conditions, soit celle qui assure aux infirmières que leur participation à des activités de gestion partagée n'entraînera pas de ruptures dans les soins et les services offerts aux patients et celle d'être rémunérée pour leurs activités de gestion (Wilson *et al.*, 2014). Finalement, le

succès de la mise en œuvre d'une gestion partagée se veut largement tributaire du désir de changement de la part des gestionnaires et des infirmières en ce qui concerne la structure décisionnelle ainsi que la motivation, de part et d'autre, à garder ce modèle de gestion pertinent et efficace (Overcash & Petty, 2012). Il n'en demeure pas moins que la justification des coûts en matière de temps du personnel et d'engagement financier s'avère également un défi de taille pour les gestionnaires qui souhaitent mettre en œuvre ce mode de gestion. Le défi pour les gestionnaires n'est pas de créer une structure qui appuie la gestion partagée, mais plutôt de développer une culture qui appuie et encourage la gestion partagée (Gaguski & Begyn, 2009). La gestion partagée demeure un processus dynamique qui demeure en constante évolution.

2.5 LE CADRE DE REFERENCE

Le cadre de référence élaboré pour cette étude de cas pose un regard global sur la gestion du changement dans son contexte organisationnel, sur la façon dont ce type de changement organisationnel devrait être géré et sur la façon dont il peut être perçu et vécu par les destinataires. Il permet de mieux comprendre la problématique retenue, car il fait référence au rôle attendu des gestionnaires, aux différentes préoccupations vécues par les destinataires ainsi qu'à leurs responsabilités de s'impliquer dans le changement organisationnel. Le présent cadre de référence intègre le modèle du développement organisationnel développé par Denis et Champagne (1990) et la théorie des phases de préoccupations en gestion du changement de Bareil (2004).

Le modèle du développement organisationnel de Champagne et Denis (1990) permet de comprendre le rôle attendu du gestionnaire lors des étapes de la planification et de la mise en œuvre du changement organisationnel. Il tient compte de la perspective du gestionnaire, initiateur de changement et des actions qu'il doit privilégier afin de favoriser le succès de la gestion du changement. En fait, plusieurs auteurs, (Fullan, 1972; Geis, 1985; Goodman & Kurke, 1982; Herman-Taylor, 1985) cités dans Champagne (2002), soutiennent que l'application de grands principes qui décrivent le modèle du développement organisationnel

sont garants du succès de l'implantation des changements dans les organisations. Les grands principes de ce modèle se réfèrent à la capacité des gestionnaires à adopter un style de gestion participatif et à mettre en œuvre des mécanismes de communication entre les gestionnaires et les destinataires, à clarifier les rôles et les responsabilités, à promouvoir des valeurs de participation et de consensus et à décentraliser les pouvoirs. Le cadre de référence intègre également la théorie des phases de préoccupations (Bareil, 2004). Cette théorie s'intéresse aux préoccupations des destinataires vis-à-vis de la gestion du changement organisationnel ainsi qu'à leurs perceptions quant aux facteurs ayant influencé positivement ou négativement leur implication dans ce changement. Selon Bareil (2004), une préoccupation se décrit comme étant une inquiétude, un tracass, un souci ou encore une angoisse vécue par tout destinataire touché par un changement. Bareil, part du principe qu'un destinataire aura une propension à vivre et à suivre une chronologie allant de la première à la septième phase de préoccupations durant les étapes qui englobent le changement (C. Bareil, 2008). Ces sept phases permettent de regrouper la description de préoccupations des destinataires lors de l'implantation d'un changement organisationnel. Les sept phases de préoccupations se déclinent comme suit : 1) aucune préoccupation à l'égard du changement, 2) préoccupations centrées sur le destinataire, 3) préoccupations centrées sur l'organisation, 4) préoccupations centrées sur le changement, 5) préoccupations centrées sur l'expérimentation, 6) préoccupations centrées sur la collaboration, et 7) préoccupations centrées sur l'amélioration. Le parcours de ces phases s'amorce dès l'annonce du changement. Une préoccupation n'est pas en fonction de la personnalité du destinataire, mais plutôt des impacts que le changement provoque. Le destinataire, pour des raisons précises, résistera au changement à un moment donné. Le gestionnaire doit s'efforcer de découvrir ou de redécouvrir ces raisons à chaque fois. L'objectif de cette théorie consiste à améliorer le degré d'adoption du changement grâce à une adaptation des interventions du gestionnaire face aux préoccupations exprimées par les destinataires impliqués (Bareil & Savoie, 1999). Lorsque le gestionnaire s'intéresse aux préoccupations du destinataire, il aborde directement le vécu de la personne qui traverse chacune de ces phases. Cette théorie a également inspiré l'élaboration du présent cadre de référence puisqu'elle stipule que le destinataire s'avère un acteur principal du changement et

que plutôt que de le subir, le destinataire doit contribuer au changement et se l'approprier (Bareil, 2004). En ce sens, tout destinataire doit faire les efforts nécessaires pour parcourir chacune des phases de préoccupations Le cadre de référence s'articule autour des trois étapes qui entourent l'implantation d'un changement organisationnel définies par Bareil et Savoie (1999), à savoir la planification du changement, la mise en œuvre du changement et l'appropriation du changement. Le tableau 1 présente la synthèse du cadre de référence sur le changement organisationnel élaboré pour la présente étude de cas.

Tableau 1. Synthèse du cadre de référence sur le changement organisationnel

	Planification	Mise en œuvre	Appropriation
Actions du gestionnaire	Identifier le besoin de changement; Communiquer, informer et expliquer le changement ; Consulter sur la mise œuvre du changement ; Partager une vision collective ; Viser l'atteinte de buts communs ; S'intéresser aux préoccupations du destinataire centrées sur : <ul style="list-style-type: none"> • le destinataire • l'organisation 	Décentraliser le pouvoir décisionnel ; Clarifier les rôles ; Valoriser la créativité et l'initiative ; Stimuler la collaboration et l'engagement ; S'intéresser aux préoccupations du destinataire centrées sur : <ul style="list-style-type: none"> • le changement • l'expérimentation 	Laisser émerger de nouvelles normes de fonctionnement ; Évaluer l'atteinte des buts communs ; Reconnaître et communiquer l'engagement et les efforts ; S'intéresser aux préoccupations du destinataire centrées sur : <ul style="list-style-type: none"> • la collaboration • l'amélioration
Contribution du destinataire	Participer aux rencontres ; Adhérer à la vision ; Connaître son rôle ; Assumer ses responsabilités ; Exprimer son opinion ; Communiquer ses préoccupations.	Exprimer son opinion ; Résoudre des problèmes ; Poser des actions pour la réussite ; Collaborer avec les partenaires S'adapter ; Communiquer ses préoccupations.	Reconnaître les gains ; Utiliser son expertise ; Accepter le changement.

Ce cadre de référence permet de démontrer qu'une planification appropriée d'un changement organisationnel repose, entre autres, sur la capacité du gestionnaire à construire,

à communiquer et à insuffler sa vision du changement aux destinataires. Les destinataires s'y intéressent et y adhèrent en parvenant à lui donner un sens, à travers lequel ils peuvent continuer à se développer et à accomplir ce que l'on attend d'eux au quotidien, et ce, en lien avec la mission et la vision de l'organisation (Audet, 2009). Dès la planification du changement, le gestionnaire établit un climat de confiance par des activités d'information et de communication en fournissant aux destinataires des explications claires et transparentes sur la légitimité du besoin de changement identifié et sur la pertinence du changement souhaité (F. Champagne & Denis, 1990). Ces activités constituent aussi des occasions, pour le gestionnaire et les destinataires, de clarifier les nouveaux rôles et les nouvelles responsabilités attendus de part et d'autre. C'est à cette étape du changement, qu'émergent chez les destinataires des préoccupations personnelles de nature égocentrique (soi) qui font suite à des préoccupations de nature organisationnelle reliées aux effets du changement sur l'organisation, sur la clientèle et par rapport à l'engagement de la direction et à la capacité de l'organisation à changer (C. Bareil, 2004). Le gestionnaire sollicite alors l'expression des perceptions des destinataires, en s'attardant aux différents discours formulés par les destinataires quant aux préoccupations vécues dans la planification du changement. Ainsi, le gestionnaire agit sur la dynamique de réaction par rapport au projet. Le gestionnaire collige les critiques constructives dans le but de les transformer en améliorations pour mener à terme le changement avec succès (Réal Jacob *et al.*, 2008).

C'est au moment de la deuxième étape, lors de la mise en œuvre du changement, que l'engagement et la collaboration des destinataires sont réellement suscités par le gestionnaire. L'engagement du destinataire se réfère à l'acceptation de la nouvelle réalité et à l'adoption de nouvelles croyances, de nouvelles attitudes ou de nouveaux comportements durables qui la caractérise. Lors de cette étape, l'efficacité du gestionnaire à favoriser le changement s'appuie sur la création d'espaces de collaboration et d'échanges, tels que la mise en place de comités de travail, où la créativité, l'initiative et l'innovation des destinataires impliqués sont valorisées. C'est en encourageant des rapports positifs et non conflictuels, en valorisant l'autonomie professionnelle et en décentralisant le processus de pouvoir décisionnel que le gestionnaire permet aux destinataires d'exprimer leurs opinions et de contribuer à la

résolution de problèmes qu'occasionne l'implantation d'un changement organisationnel. Conséquemment, les destinataires exercent des actions qui visent la réussite du changement et cela, leur permet de s'adapter à la nouvelle situation. En cas contraire, le gestionnaire réagit et intervient rapidement afin d'éviter que ne se cristallisent des façons de faire opposées à celles souhaitées par le changement (Denis & Champagne, 1990). Au moment de la mise en œuvre du changement, le gestionnaire tient compte des préoccupations des destinataires qui sont davantage centrées sur le changement lui-même, sa nature exacte, ses résultats anticipés, son déploiement et la disponibilité des ressources pour l'accomplir. À mesure que le changement s'implante, des préoccupations centrées sur l'expérimentation apparaissent. Les destinataires désirent explorer le changement prescrit. Ils se questionnent sur leurs capacités à se l'approprier et sur la capacité des autres destinataires à s'y adapter.

L'étape de l'appropriation du changement correspond à la fin de l'implantation du changement organisationnel. Lors de cette étape le destinataire s'approprie le changement et le fait « sien » tandis que le gestionnaire évalue l'atteinte des buts communs et donne de la rétroaction positive aux personnes engagées dans le processus destinataire. Le travail réalisé par le destinataire doit être reconnu par le gestionnaire. Or, l'efficacité du destinataire par rapport au succès du changement est rarement mesurée ce qui est déplorable puisque le destinataire fournit des efforts pour s'approprier le changement et parvenir à un degré d'efficacité satisfaisant (C. Bareil, 2004). L'efficacité fait référence aux efforts déployés par une personne, à son rendement au travail et aux différents moyens qu'il a mis en place et qui visent à produire un certain résultat (C. Bareil, 2004; Fray, 2011). Il s'avère donc important que le gestionnaire communique à l'organisation l'engagement et les efforts qui ont été fournis par l'ensemble des destinataires. C'est à la fin de l'implantation du changement que le destinataire en reconnaît les gains. Au moment de la dernière phase, les préoccupations du destinataire demeurent essentiellement centrées sur la collaboration. Le destinataire utilise son expertise dans une perspective d'amélioration continue. Les réajustements constants permettent ainsi l'émergence de nouvelles normes de fonctionnement qui accompagnent, la plupart du temps, l'acceptation et la réussite de l'implantation du changement (François Champagne, 2002).

En résumé, ce chapitre fait état des connaissances quant à l'évolution des principales écoles de pensée en gestion, des concepts de changement organisationnel, des styles de leadership et du concept de la gestion partagée. Ce chapitre se conclut par la présentation du cadre de référence élaboré pour la présente étude de cas. Le prochain chapitre présentera la méthode retenue afin de répondre aux questions de recherche.

CHAPITRE 3

LA MÉTHODE

Ce chapitre présente l'approche méthodologique qui a été retenue afin de répondre aux deux questions de recherche énoncées. Ce chapitre précise d'abord le type de devis de recherche choisi, le milieu et le cas à l'étude ainsi que les définitions opérationnelles des différents termes. Les devis de type qualitatif et quantitatif sont ensuite décrits séparément, et cela, dans le but de préciser la méthode retenue pour répondre aux deux questions de recherche. Finalement, ce chapitre traite des critères de rigueur, les différentes considérations éthiques et les limites pour l'ensemble de l'étude de cas.

3.1 LE DEVIS DE RECHERCHE

L'étude de cas a été retenue comme devis de recherche pour cette étude. L'étude de cas permet, entre autres, une explication des processus inhérents à différents phénomènes individuels ou collectifs à partir des perceptions des personnes qui vivent ces phénomènes (Gagnon, 2012). Pour cette recherche, l'étude de cas a permis une observation et une analyse plus approfondies du contexte, des processus rattachés et des perceptions des personnes qui ont pris part au cas retenu. La collecte des données repose sur une approche mixte combinant une approche qualitative et une approche quantitative. Deux formes d'outils de collecte des données ont été utilisées afin de permettre une triangulation des perspectives, l'entrevue semi-dirigée pour les infirmières et le questionnaire auto-administré pour les gestionnaires et les infirmières. Le choix de l'approche mixte s'est avéré essentielle, car leur complémentarité a permis une meilleure compréhension de la dynamique organisationnelle au moment de la crise vécue par les infirmières, lors des différentes étapes qui ont entouré l'implantation du changement organisationnel à l'étude.

3.2 LE MILIEU

Le milieu de recherche de cette étude consiste en un centre hospitalier de soins généraux de 62 lits regroupant six unités de soins différentes (chirurgie-pédiatrie, médecine, médecine-gériatrie, soins intensifs, santé mentale, obstétrique) un bloc opératoire ainsi qu'une urgence. On y recense environ 3 350 admissions de courte durée par année. On y compte 161 infirmières à l'emploi, y compris celles détenant un poste d'équipe volante. Ce centre hospitalier fait partie d'un CSSS, situé en région rurale, comptant neuf installations et desservant une population de 33 000 habitants. Son énoncé de mission consiste à protéger et améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire qu'il dessert, de la naissance à la fin de la vie, en offrant, en coopération avec ses partenaires, une gamme de services de santé et de services sociaux accessibles, continus et de qualité, sécuritaires et respectueux des droits des personnes.

3.3 LE CAS A L'ETUDE

Le cas à l'étude consistait en un changement organisationnel au sein de deux unités de soins d'un centre hospitalier, soit la fusion de l'unité de médecine et de l'unité de médecine-gériatrie. Le choix de ce cas repose sur le fait que la fusion de ces deux unités a déclenché une crise médiatisée et importante chez les infirmières touchées par la gestion de ce changement organisationnel. L'unité de médecine compte 21 lits. Cette unité de soins offre essentiellement des soins aigus généraux. On y retrouve 16 postes d'infirmières, à temps partiel et à temps complet, y compris celui de chef d'unité occupé à temps complet. Les infirmières de cette unité de soins travaillent en équipe avec des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. Les infirmières qui occupent un poste d'assistante-infirmière-chef sur les quarts de travail de jour et de soir n'offrent pas de soins directs aux clients. Leur travail consiste à coordonner et réguler les soins à prodiguer par l'équipe soignante. La

seconde unité, celle de médecine-gériatrie, compte 10 lits. Cette unité de soins poursuit une mission de gériatrie active et d'approche adaptée à la personne âgée. On y dénombre 7 postes d'infirmières, à temps partiel et à temps complet. Le chef d'unité y occupe des fonctions à temps partiel. Tout comme la première unité de soins, le travail des infirmières se fait en collaboration avec des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. Par contre, les infirmières qui assument la fonction d'assistante-infirmière-chef prodiguent, elles aussi, des soins directs aux clients et cela, en plus de coordonner et de réguler les soins sur le terrain par l'équipe soignante. Cet établissement comporte douze gestionnaires, soit 7 gestionnaires de niveau supérieur et cinq gestionnaires de niveau intermédiaire.

3.4 LA DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES

La présente étude comporte plusieurs termes qu'il importe de préciser et de définir de façon opérationnelle. Les termes suivants sont précisés et définis : centre de santé et de services sociaux (CSSS), infirmière, gestionnaire, perception et facteur.

CSSS : Le terme CSSS n'existe plus depuis l'adoption du projet de loi 10 par le gouvernement du Québec en avril 2015. Cependant, c'était celui en vigueur lors de la conduite de l'étude dans ce type d'établissement. Un CSSS se définissait comme un établissement qui regroupait des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, un centre hospitalier. Un CSSS avait pour mission d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la personne et de la population du territoire qu'il desservait. Pour ce faire, le CSSS proposait une vaste gamme de services de santé et de services sociaux de première et de deuxième ligne. Le terme CSSS a été remplacé en 2015 par Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) ou par centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) selon qu'une université y soit associée ou non. Selon le Ministère de santé et de services sociaux (MSSS, 2016), les CISSS et les CIUSSS assurent l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de leur territoire. Ils constituent des points de

référence où la population peut s'adresser en cas de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux. La population peut y recevoir les services appropriés ou être dirigée vers une autre ressource faisant partie du réseau territorial de services.

Infirmière : Le terme infirmière est défini par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ, 2017) comme

[...] une professionnelle de la santé qui a pour rôle d'évaluer l'état de santé, de déterminer et d'assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, de prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement en plus de prévenir la maladie ainsi que de fournir les soins palliatifs.

Afin d'exercer sa profession, une infirmière doit obtenir un diplôme de niveau collégial ou de niveau universitaire. L'infirmière ayant obtenu un diplôme de niveau universitaire peut concevoir et appliquer des programmes de soins, coordonner les soins et les services et peut aussi participer à des projets de recherche. L'infirmière exerce, principalement, sa profession au sein d'un CISSS. Au moment de l'étude, les infirmières recrutées exerçaient au sein d'un CSSS. Au Québec, pour exercer sa profession, l'infirmière doit être inscrite au tableau de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), dûment constitué en vertu des dispositions de la Loi sur les infirmières et infirmiers et détenir un permis de pratique. Dans cette étude de cas, les infirmières recrutées occupaient des fonctions d'infirmière ou d'assistante-infirmière-chef dans l'une ou l'autre des unités de soins fusionnées. La fonction d'assistante-infirmière-chef s'avère quelque peu différente de celle de l'infirmière puisqu'elle comporte un rôle de coordination de l'équipe de soins. L'infirmière quant à elle élabore et applique directement aux clients des soins émanant d'un plan thérapeutique infirmier.

Le terme gestionnaire, dans le cadre de la présente étude, évoque deux types de gestionnaires qui interviennent à différents niveaux hiérarchiques soit, le gestionnaire de niveau supérieur et le gestionnaire de niveau intermédiaire. La définition pour ces deux types de gestionnaires correspond à la réalité de l'établissement à l'étude. Le rapport final du

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada élaboré en 2002 définit ces deux types de gestionnaires de la façon suivante :

Gestionnaire de niveau supérieur : Le gestionnaire de niveau supérieur se situe en haut de la hiérarchie organisationnelle, sous la responsabilité du directeur général du CSSS, lui-même sous la responsabilité du conseil d'administration de l'établissement. Le gestionnaire supérieur siège sur le comité de direction où il détermine, avec ses collègues gestionnaires de niveau supérieur, à partir de la planification stratégique et de la mission de l'organisation, les grands paramètres des activités centrales de l'organisation. Le gestionnaire de niveau supérieur est responsable d'une direction au sein d'une organisation.

Gestionnaire de niveau intermédiaire : Le gestionnaire de niveau intermédiaire relève d'un gestionnaire de niveau supérieur. De façon générale, il est responsable de la planification des activités opérationnelles et de la coordination d'un programme qui regroupe plusieurs services ou des unités de soins. La plupart du temps, le gestionnaire de niveau intermédiaire supervise des professionnels de la santé y compris des infirmières. Dans le cadre de cette étude le terme gestionnaire de niveau intermédiaire se réfère aux chefs d'unités de soins de courte durée.

Les entrevues conduites dans le cadre de cette étude de cas avaient pour but de recueillir les perceptions des répondants afin d'identifier des facteurs ayant influencé positivement ou négativement l'implication des infirmières lors du changement organisationnel. Il s'avère donc important de définir les termes « perception » et « facteur ».

Perception : Le terme perception est emprunté du latin *perceptio* qui veut dire « action de saisir par l'esprit » (Académie française, 2019). *Le Centre national de ressources textuelles et lexicales*, décrit le terme perception comme étant une opération psychologique complexe par laquelle l'esprit, en organisant les données sensorielles, se forme une représentation des différents éléments extérieurs et prend connaissance du réel. La personne prend alors connaissance d'un événement quelconque, soit par l'intuition, l'intelligence ou encore l'entendement et elle se fait une représentation mentale. Les perceptions peuvent différer d'une

personne à l'autre même si ces personnes vivent le même phénomène. Lorsque l'analyse des verbatim permettait d'établir un lien entre le cas à l'étude et la représentation mentale du phénomène vécu, l'étudiante-chercheuse identifiait alors cela comme une perception reliée à un facteur d'influence d'implication positive ou négative à l'égard du changement.

Facteur : Le terme facteur est considéré ici comme un élément qui agit et qui influence potentiellement quelque chose ou quelqu'un, soit négativement ou positivement. Pour la présente étude de cas, un facteur s'avère un élément, une action ou encore une absence d'action, perçu par les infirmières, ayant influencé positivement ou négativement leur implication lors de l'implantation du changement organisationnel.

La prochaine section présente le devis de recherche. Pour répondre aux deux questions de recherche, un devis de recherche mixte a été retenu.

3.5 LE DEVIS RETENU POUR REpondre A LA PREMIERE QUESTION DE RECHERCHE

La première question de recherche se définit comme suit : quelle est la perception des infirmières quant aux différents facteurs ayant influencé, positivement ou négativement leur implication lors de la fusion des deux unités de soins ? Pour y répondre, une approche qualitative a été préconisée, à savoir la conduite d'une collecte de données à l'aide d'entrevues semi-dirigées. En effet, l'approche qualitative vise à identifier, à comprendre et expliquer les perceptions des infirmières afin de faire émerger des éléments ayant potentiellement influencé leur implication et leur collaboration vis-à-vis du changement organisationnel imposé. L'analyse des liens dynamiques potentiels entre les perceptions des infirmières et les éléments du changement organisationnel devrait permettre d'identifier des facteurs d'influence qui à leur tour devraient permettre de comprendre et d'expliquer les problèmes vécus par les infirmières et les gestionnaires lors de cette crise organisationnelle. Les sections suivantes aborderont les sujets suivants : la méthode d'échantillonnage,

l'échantillon retenu, le déroulement des activités, la collecte de données et l'analyse des données qui ont permis de répondre à la première question de recherche.

3.5.1 La méthode d'échantillonnage

Une méthode d'échantillonnage par choix raisonné a été sélectionnée pour recruter les infirmières. Dans le but de constituer un échantillon informatif et varié, l'étudiante-chercheuse a porté une attention particulière aux caractéristiques suivantes : une représentation équitable des infirmières sur la base que les deux unités de soins étaient représentées, les trois quarts de travail ainsi que les différents statuts d'emploi.

Une lettre d'invitation à participer à l'étude (voir l'annexe I) a été envoyée par la poste à ces dix infirmières. Cette lettre décrivait le but de l'étude, la nature de la collaboration attendue, le formulaire de consentement, les avantages et les inconvénients pressentis ainsi que certaines considérations éthiques. Deux semaines suivant cet envoi, la personne pressentie pour conduire les entrevues a contacté par téléphone chacune des répondantes afin de vérifier leur intérêt à collaborer au projet de recherche. Les infirmières intéressées ont convenu d'un rendez-vous pour procéder à l'entrevue individuelle. En fin de compte, sur les dix invitations envoyées, six infirmières ont répondu positivement et ont accepté de participer à l'étude.

3.5.2 L'échantillon retenu pour répondre à la première question de recherche

Les répondantes recrutées pour répondre à la première question de recherche sont des infirmières qui exerçaient sur les deux unités de soins touchées par le changement. Ces répondantes s'avéraient bien positionnées, à titre de destinataires, pour identifier les facteurs ayant été perçus comme une influence positive ou négative au regard de leur implication lors du changement organisationnel. La taille souhaitée pour cet échantillon était de huit participantes ($n=8$). Le nombre d'infirmières travaillant sur l'une ou l'autre des unités de soins totalise dix-neuf infirmières.

Sur un total de dix-neuf infirmières, treize répondaient aux deux critères d'inclusion, soit celui de détenir un poste d'infirmière ou d'assistante-infirmière-chef, à temps complet ou à temps partiel sur l'une des deux unités de soins touchées par l'implantation du changement organisationnel et avoir été en poste tout au long de la période qui a entouré l'implantation de ce changement. Un seul critère d'exclusion a été retenu, soit celui d'avoir été absente pendant une période qui a entouré la fusion des deux unités de soins. De cela, sept infirmières occupant un poste sur l'unité de médecine et six infirmières occupant un poste sur l'unité de médecine-gériatrie ont été retenues. Au total, dix répondantes ont été invitées, dont cinq travaillant sur l'unité de médecine au moment de la fusion et les cinq autres travaillant sur l'unité de médecine-gériatrie.

3.5.3 Le déroulement des activités de recherche

Dans un premier temps, ce projet de recherche a été soumis, à l'automne 2014, au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski qui a émis la certification éthique-no. CÉR-84-568 (voir l'annexe II). Par la suite, une demande écrite a été acheminée au directeur des ressources humaines et au directeur général du CSSS. Cette demande avait pour but de les informer de la conduite de l'étude de cas, de recevoir leur autorisation et d'obtenir les informations nécessaires afin de contacter les répondantes à des fins de recrutement. La demande d'information visait à obtenir le nom des infirmières détenant un poste sur l'une ou l'autre des deux unités de soins, leur adresse postale, leur numéro de téléphone ainsi que la vérification de leur présence au travail au moment de l'implantation du changement organisationnel. En réponse à l'autorisation verbale de la part du directeur des ressources humaines du CSSS, une agente du personnel de la direction des ressources humaines a transmis une première liste contenant le nom des infirmières détenant un poste sur l'unité de médecine gériatrie ou sur l'unité de médecine au moment de l'implantation du changement, leur adresse postale et leur numéro de téléphone. Une vérification des critères d'inclusion et d'exclusion au projet a été effectuée avec l'aide d'une personne travaillant à la direction des ressources humaines et d'une autre personne travaillant

au service santé du CSSS afin d'identifier les infirmières qui répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Les entrevues individuelles semi-dirigées se sont déroulées entre la mi-février et le début mars 2015. Avant de débiter les entrevues, l'intervieweur s'est assuré de donner le temps nécessaire à chacune des répondantes afin qu'elle puisse lire le formulaire de consentement (voir l'annexe III) avant de le signer, et leur a ensuite remis une copie dûment signée. Les entrevues d'une durée moyenne de 90 minutes se sont déroulées pour la plupart dans un local d'une installation du CSSS. Une seule répondante a préféré tenir l'entrevue dans un autre lieu décidé à sa convenance. Tous les entretiens ont été enregistrés de façon audio à l'aide d'un magnétophone. En aucun temps, l'étudiante-chercheuse n'a eu accès aux enregistrements audio, et cela afin de ne pas reconnaître la voix des répondantes et ainsi préserver leur anonymat. De plus, aucune copie du formulaire de consentement signée n'a été remise à l'étudiante-chercheuse. La personne responsable de conduire les entrevues les a conservées à son domicile jusqu'à la diplomation de l'étudiante-chercheuse. Toujours afin de préserver l'anonymat de répondante, les propos recueillis lors des entrevues ont été retranscrits intégralement par la personne ayant mené les entrevues. Une fois les verbatim retranscrits, la personne responsable des entrevues les a envoyés, par la poste, à chacune des répondantes qui devaient les lire et valider qu'ils reflétaient bien leur pensée. Cette validation avait pour but de permettre à chacune des répondantes de confirmer ou d'infirmer certains propos. Une semaine suivant l'envoi postal, la personne ayant retranscrit les verbatim a contacté par téléphone chacune des répondantes pour valider de façon verbale que le contenu se voulait fidèle à leurs propos. Une fois la validation du contenu confirmée par chacune des répondantes, le contenu de l'ensemble des verbatims a été transmis à l'étudiante-chercheuse. L'étudiante-chercheuse a ensuite entrepris leur analyse qui s'est échelonnée sur plusieurs semaines.

3.5.4 La collecte des données

L'entrevue individuelle semi-dirigée a constitué la méthode de collecte de données utilisée auprès des infirmières des deux unités de soins. Le guide d'entrevue élaboré à cet effet est présenté à l'annexe IV. Ce guide se compose de questions abordant les trois grandes étapes de gestion du changement organisationnel développées par Bareil et Savoie (1999), soit la planification du changement, la mise en œuvre du changement et finalement l'appropriation du changement auprès des personnes impliquées. Le guide d'entrevue a permis d'aborder les mêmes thèmes pour chacune des infirmières participant à l'étude. Il débute par trois questions d'ordre général suivies de trente-trois questions à développement et de plusieurs sous-questions qui visaient essentiellement à connaître les perceptions des infirmières quant aux différents facteurs qui ont influencé leur implication au moment de la fusion des deux unités de soins. Le modèle du développement organisationnel de Denis & Champagne (1990) et la théorie des phases de préoccupations de Bareil (2004) ont servi de base à l'élaboration du guide d'entrevue. Conséquemment, les questions faisaient référence à l'identification des facteurs qui ont pu contribuer de façon positive ou négative à l'implication des infirmières lors du changement organisationnel. Les questions se référaient à quatre catégories d'actions de la part des gestionnaires soit, 1) la mise en place des mécanismes d'information et de communication, 2) la consultation et la décentralisation des pouvoirs décisionnels, 3) l'implication et l'appui des gestionnaires et finalement, 4) la latitude décisionnelle et la reconnaissance professionnelle. L'intervieweur disposait d'une certaine flexibilité entourant le libellé et l'ordre des questions, en plus de bénéficier de la latitude d'approfondir certains aspects selon les réponses obtenues de la part des répondantes. La personne choisie pour conduire les entrevues était complètement indépendante de la situation vécue puisqu'elle provenait d'un autre milieu professionnel n'ayant aucun lien avec le milieu hospitalier. Elle a confirmé n'entretenir aucun lien de quelque nature avec l'une ou l'autre des répondantes.

3.5.5 L'analyse des données qualitatives

L'analyse des données obtenues à l'aide des entrevues cherchait essentiellement à identifier, à partir des perceptions des infirmières, les facteurs ayant influencé leur implication lors des étapes qui ont entouré la fusion des deux unités de soins, à savoir soit sa planification, sa mise en œuvre et son appropriation. Les données ont aussi été analysées sous l'angle des attentes et de la satisfaction des infirmières par rapport aux actions posées par les gestionnaires. L'expression des attentes et de la satisfaction des infirmières faisait ainsi référence aux différentes phases de préoccupations décrites par Bareil (2004) qu'un destinataire aura tendance à parcourir lors d'un changement. La méthode d'analyse des données de la première question de recherche s'est inspirée de celle proposée par Miles & Huberman (1994) décrite dans Gagnon (2012). Selon cette méthode d'analyse, le traitement des données consiste essentiellement en un va-et-vient de trois activités : l'épuration des données, le codage et l'analyse des données (Miles & Huberman, 1994). Dans un premier temps, l'épuration des données visait à s'assurer que les données étaient pertinentes à la recherche et que les éléments essentiels quant à leur source et la façon dont elles ont été recueillies étaient présents. L'ensemble des verbatim a également été lu à maintes reprises afin d'en apprécier le sens général se dégageant du discours des participantes. Dans un deuxième temps, le codage avait pour but d'organiser et de trier les données recueillies afin d'en faciliter l'analyse (Gagnon, 2012). Ce processus de codage-triage consistait à mettre en lumière et à regrouper certains passages de l'entrevue ayant la même signification ou encore évoquant des thèmes préalablement définis ou encore des concepts décrivant le phénomène étudié (Gagnon, 2012). Pour la présente étude de cas, c'est plutôt quatre catégories d'actions attendues de la part du gestionnaire qui ont été préalablement définies et qui ont permis de coder et de trier les perceptions des infirmières soit (1) la mise en place des mécanismes d'information et de communication (2) la consultation et la décentralisation des pouvoirs décisionnels (3) l'implication des personnes concernées et l'appui de la part des gestionnaires, et finalement (4) la reconnaissance professionnelle. Dans un troisième et dernier temps, l'analyse des données avait pour but de voir si certaines évidences se dégageaient et que les perceptions des infirmières se ressemblaient et convergeaient vers des faits similaires (Yin, 1981); cité dans Gagnon (2012). Suite à cette analyse, l'étudiante-

chercheuse vérifiait s'il était possible d'identifier, selon les perceptions des infirmières, des facteurs ayant influencé positivement ou négativement leur implication lors de la gestion du changement organisationnel.

Les sections suivantes présentent le devis de recherche retenu pour répondre à la seconde question de recherche.

3.6 LE DEVIS RETENU POUR REpondre A LA SECONDE QUESTION DE RECHERCHE

La seconde question de recherche se définit comme suit : quelle est la perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la gestion des soins infirmiers au sein de l'établissement ? Cette question visait principalement à mesurer les perceptions des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires de niveau supérieur et de niveau intermédiaire quant à leur implication mutuelle au regard de la gestion des soins infirmiers au sein de l'établissement. Cette implication mutuelle, qui se traduit par la présence du mode de gestion partagée au sein d'un établissement, apparaît d'ailleurs comme un critère de succès reconnu par les auteurs à titre de facteur d'implication des infirmières lors de l'implantation d'un changement organisationnel (Bakewell, 2004; Wilson *et al.*, 2014). Pour répondre à cette seconde question de recherche, l'opinion des gestionnaires de niveau supérieur, des gestionnaires de niveau intermédiaire et des infirmières travaillant sur l'unité de médecine a été sondée au sujet de leur implication mutuelle au regard des différentes dimensions du mode de gestion partagée telles que définies par Hess (1998). Il importe de préciser que l'unité de médecine résulte de la fusion des deux unités de soins. En ce sens, il s'avérerait important que l'échantillon soit constitué d'infirmières de l'unité de médecine afin qu'il puisse être représentatif des perceptions des infirmières concernées par la gestion du changement organisationnel et non représentatif des perceptions de l'ensemble des infirmières de l'établissement. Les prochaines sections abordent la définition opérationnelle des variables,

la méthode d'échantillonnage, l'échantillon retenu, la collecte des données et l'analyse des données recueillies pour répondre à la seconde question de recherche.

3.6.1 La définition opérationnelle des variables mesurant le concept de gestion partagée

Dans le cadre de cette étude de cas, cinq des six dimensions du modèle de Hess (1994) ont été retenues à des fins de mesure. L'étudiante-chercheuse a fait le choix de ne pas retenir la sixième dimension puisqu'elle contient des indicateurs plus généraux permettant de recueillir de l'information supplémentaire des participantes au regard de leurs perceptions sur l'expérience de la gestion partagée et sur l'alignement et le partage des buts. Ce choix sera expliqué plus en détails dans le chapitre portant sur la discussion. Les cinq dimensions du concept de gestion partagée retenues pour la présente étude de cas sont : 1) le contrôle du professionnel sur sa pratique de soins, 2) l'influence du professionnel sur la gestion des ressources nécessaires à sa pratique, 3) la reconnaissance organisationnelle quant au contrôle et à l'influence du professionnel, 4) la structure qui facilite la participation à la prise de décision et 5) l'accès à l'information. Dans le but de favoriser leur compréhension, Hess (1994) les décrit de la façon suivante :

1. Le contrôle professionnel sur la pratique de soins se réfère à la distribution du pouvoir entre le gestionnaire et l'infirmière. Ce pouvoir peut être influencé par les connaissances spécialisées de l'infirmière, par son autonomie professionnelle et par le contrôle qu'elle exerce sur les activités dans son milieu de travail, y compris le respect des politiques et des procédures de soins.
2. L'influence professionnelle sur la gestion des ressources nécessaires à la pratique infirmière traite de la contribution apportée par l'infirmière à l'organisation du travail, au climat de travail ainsi qu'à l'utilisation des ressources humaines, financières et matérielles.
3. La reconnaissance organisationnelle quant au contrôle et à l'influence du professionnel renvoie à la latitude que l'organisation concède aux infirmières afin

qu'elles puissent exercer un contrôle ou une influence sur des activités liées à leur pratique professionnelle.

4. La structure facilitant la participation à la prise de décision correspond à une structure qui décentralise les décisions ou encore qui délègue des pouvoirs et de la légitimité aux infirmières afin qu'elles prennent part aux différents processus décisionnels qui entourent des tâches cliniques et des tâches non cliniques.
5. L'accès à l'information concerne essentiellement la communication en place qui permet de fournir l'information nécessaire aux infirmières à la bonne pratique professionnelle.

La mesure de chacune de ces dimensions a été opérationnalisée à l'aide d'un questionnaire comportant 59 questions proposé par Hess (voir l'annexe V). Ces questions ont permis, au moment de l'analyse, de mesurer et de comparer les perceptions des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à l'implication mutuelle des infirmières et des gestionnaires au regard de la gestion des soins infirmiers. Chacune des dimensions est associée à un nombre de questions comme démontré dans le tableau 2.

Tableau 2. Opérationnalisation de la mesure de chacune des dimensions du concept de gestion partagée à l'aide de l'instrument de mesure de Hess (1994).

Dimensions du concept de gestion partagée	Nombre de questions
1) Contrôle du professionnel sur sa pratique de soins	14
2) Influence du professionnel sur les ressources nécessaires à sa pratique de soins	7
3) Reconnaissance organisationnelle quant au contrôle et à l'influence du professionnel	17
4) Structure facilitant la participation à la prise de décision	6
5) Accès à l'information	15
Total	59

Une échelle de mesure ordinale différentielle sémantique comportant 8 points d'ancrage a été proposée par Hess afin de mesurer la perception des infirmières et celle des gestionnaires et cela, pour les cinq dimensions du concept de gestion partagée. Les perceptions des répondants ont été mesurées à l'aide de cette échelle. Pour exprimer son avis, le répondant devait faire son choix en encerclant le chiffre du point d'ancrage qui représentait le plus fidèlement son opinion en lien avec la question posée. À titre d'exemple, une première question :

À l'aide de la légende suivante, encerclez le groupe qui exerce un contrôle sur les activités suivantes, dans votre milieu de travail :

1. Gestionnaire seulement
2. Essentiellement par le gestionnaire accompagné de quelques infirmières
3. Également partagé par le gestionnaire et les infirmières
4. Essentiellement par les infirmières accompagnées par le gestionnaire
5. Les infirmières seulement
6. Je ne sais pas
9. Cette activité n'est pas accomplie dans mon milieu
10. À mon avis, cette responsabilité est assumée par une instance externe

1. Quel groupe contrôle la planification des activités de soins que les infirmières doivent effectuer ?

1 2 3 4 5 6 9 10

3.6.2 La méthode d'échantillonnage

En raison du cas retenu, le choix de la méthode d'échantillonnage s'est arrêté sur la méthode de convenance afin de pouvoir recruter des infirmières et des gestionnaires. Les critères d'inclusion se déclinaient comme suit, détenir un poste d'infirmière ou d'assistante-infirmière-chef sur l'unité de médecine ou occuper un poste de gestionnaire de niveau supérieur ou de niveau intermédiaire au CSSS. Aucun critère d'exclusion n'était retenu. Un échantillon de quinze personnes, composé de neuf infirmières et six gestionnaires, était envisagé. Pour atteindre l'échantillon souhaité, vingt-cinq personnes ont été invitées à participer à ce projet de recherche. L'invitation a été lancée aux dix-huit infirmières qui détenaient un poste sur l'unité de médecine ainsi qu'à sept gestionnaires de niveau supérieur ou de niveau intermédiaire du CSSS. Une demande a été adressée à la direction des ressources humaines afin d'obtenir le nom et les coordonnées des infirmières détenant un poste sur l'actuelle unité de médecine. Suite à l'autorisation verbale du directeur des ressources humaines, l'agente administrative a fourni une liste qui incluait le nom et l'adresse postale des infirmières ciblées. Une demande a aussi été adressée à la direction générale afin d'obtenir le nom et l'adresse postale des gestionnaires de niveau supérieur et de niveau intermédiaire. Une fois les informations reçues, le questionnaire (voir l'annexe V) ainsi qu'une lettre d'invitation à participer à l'étude (voir l'annexe VI) ont été envoyés par la poste aux vingt-cinq répondants. De ce nombre 14 répondants, ont accepté de participer au projet, soit 8 infirmières et 6 gestionnaires.

3.6.3 L'échantillon retenu pour répondre à la seconde question de recherche

Les répondants retenus pour répondre à la seconde question de recherche sont l'ensemble des infirmières qui détenaient au moment de l'étude de cas un poste sur l'unité de soins de médecine, soit dix-huit infirmières, la gestionnaire de cette unité ainsi que les six gestionnaires de niveau supérieur qui forment actuellement le comité de direction de ce CSSS. Le fait d'avoir ciblé les infirmières travaillant sur l'unité de médecine a permis de trianguler les sources d'information puisque l'ensemble des infirmières de l'unité de médecine n'était pas toutes les mêmes infirmières ayant participé à l'approche qualitative.

3.6.4 Le déroulement des activités

Une lettre d'invitation (voir l'annexe VI) accompagnée du questionnaire de Hess (voir l'annexe V), adressée aux dix-huit infirmières et aux sept gestionnaires ciblés par l'échantillon de convenance, a été envoyée par la poste. La lettre d'invitation décrivait : 1) le projet de recherche, 2) le but du projet de recherche, 3) la participation volontaire, 4) les résultats escomptés, 5) les risques et les inconvénients potentiels et finalement 6) la communication des résultats. La lettre s'accompagnait également d'une enveloppe de retour affranchie avec l'adresse du domicile de l'étudiante-chercheuse. Aucun formulaire de consentement n'a été utilisé pour cette partie de l'étude puisque l'acte de remplir volontairement le questionnaire et de le retourner faisait office de consentement et que la lettre d'invitation précisait tous les éléments normalement requis dans un formulaire de consentement. Les répondants ont été invités à remplir le questionnaire et à le retourner par la poste au domicile de l'étudiante-chercheuse en utilisant l'enveloppe de retour préadressée et préaffranchie, et ce, dans un délai de deux semaines. À la suite de ce délai, un rappel postal a été envoyé à chacun des répondants potentiels afin de leur demander, si ce n'était déjà fait, de compléter et de retourner le questionnaire.

3.6.5 La collecte des données quantitatives

Lorsqu'une approche quantitative est retenue, l'utilisation d'un instrument valide et fiable est préférablement requise. Dans cette optique, l'outil développé et validé par Hess (1994), *Index of Professional Nursing Governance* (INPG) et traduit par Philippe (2007) pour la mesure de son intervention visant l'implantation d'une structure de gestion partagée dans un CSSS a été utilisé afin de collecter les données. Cet instrument mesure le degré de gestion partagée sous l'angle des cinq dimensions décrites par Hess (1994). L'INPG a démontré d'excellentes propriétés psychométriques parmi les échantillons variés étudiés (Hess, 2004; R. Hess, 2011; Lamoureux *et al.*, 2014). Lamoureux et ses collaborateurs ont rapporté, dans une étude menée en 2014, que l'INPG présentait une forte fiabilité pour mesurer l'implantation du concept de gestion partagée au sein d'une organisation ($\alpha > 0,94$). La fiabilité de l'INPG était appuyée par l'invariabilité des scores obtenus à travers les groupes d'âge, le degré de scolarité et d'expérience des infirmières interrogées.

Le questionnaire autoadministré (voir l'annexe V), complété de façon anonyme, a constitué la méthode de collecte de données retenue pour répondre à la seconde question de recherche. L'anonymat des répondants était assuré par le fait qu'aucun questionnaire n'était signé ou codifié, que les enveloppes de retour n'étaient pas codifiées et que, même si les répondants provenaient de plusieurs villes différentes et qu'aucune de ces villes ne comptait qu'un seul répondant. Ce questionnaire était composé de deux sections. La première section du questionnaire comprenait cinq questions de nature sociodémographique. Cette section permettait de recueillir les caractéristiques professionnelles des répondants, soit le titre et le statut d'emploi, les années d'expérience, les années d'ancienneté ainsi que le niveau de scolarisation. La seconde section du questionnaire se divisait en cinq parties proposant 59 questions au total. Chaque partie de la deuxième section correspondait aux cinq dimensions du concept de gestion partagé développées par Hess (1994). Le tableau 3 présente les deux sections du questionnaire.

Tableau 3. Structure du questionnaire autoadministré et adaptée du questionnaire de Hess (1994) et traduit par Philippe (2007)

Sections du questionnaire	Sujets des sections	Nombres et types de questions	Répondants visés
Section 1	Attributs sociodémographiques	5 questions à choix multiples	Infirmières et gestionnaires
Section 2 : (parties 1 à 5)	Dimensions de la gestion partagée développées par Hess :	59 questions à échelle ordinale sémantique séquentielle	Infirmières et gestionnaires
Dimension 1	1) Contrôle du professionnel sur sa pratique ;	14 questions	Infirmières et gestionnaires
Dimension 2	2) Influence du professionnel sur les ressources nécessaires à sa pratique ;	7 questions	
Dimension 3	3) Reconnaissance organisationnelle ;	17 questions	
Dimension 4	4) Structure facilitant la participation ;	6 questions	
Dimension 5	5) Accès à l'information	15 questions	

3.6.6 L'analyse des données quantitatives

Au retour des questionnaires, une distribution de fréquence et un calcul du taux de réponse des répondants ont été effectués pour les données obtenues aux questions des parties un à cinq constituant l'instrument de mesure. L'analyse des données cherchait à dégager certaines tendances quant à la perception des infirmières de l'unité de médecine et celle des gestionnaires au sujet de l'implication mutuelle au regard de la gestion des soins infirmiers au sein de l'établissement. Les données ont été analysées séparément et par la suite, comparées en ce qui concerne les questionnaires complétés par les infirmières et par les gestionnaires, de sorte, que les particularités des perceptions des deux groupes interrogés ont pu être prises en compte.

Les sections suivantes décrivent les stratégies retenues afin de respecter les critères de rigueur, les considérations éthiques et les limites de l'ensemble de l'étude de cas.

3.7 LE RESPECT DES CRITERES DE RIGUEUR

Les stratégies retenues afin de satisfaire les critères de rigueur du présent projet de recherche sont celles associées à la fiabilité, à la crédibilité, à la transférabilité et à la confirmabilité. Ces critères de rigueur, ciblent l'approche qualitative de l'étude. Ils permettent de limiter l'effet de certaines variables internes pouvant influencer les résultats. Tout d'abord, le critère de fiabilité a été assuré par la triangulation des sources d'information. En effet, les différentes sources d'information ont été assurées par la collecte des données lors de la conduite d'entrevues semi-dirigées auprès des infirmières touchées par le changement organisationnel et par un questionnaire autoadministré aux infirmières de l'unité de médecine et aux gestionnaires de l'organisation. Afin de garantir le deuxième critère de rigueur, celui de la crédibilité, toutes les entrevues ont été enregistrées de façon audio et leur contenu a été fidèlement retranscrit par la personne qui a conduit les entrevues. La retranscription écrite a, par la suite, été envoyée par la poste à chacune des répondantes afin que celles-ci puissent exprimer verbalement leur accord, ou leur désaccord, sur le fait que le contenu de l'entrevue retranscrit correspondait vraiment à l'expérience vécue et au contenu qu'elles souhaitaient partager. Ainsi, la validation du contenu écrit des entrevues auprès des répondantes a permis de rendre compte avec exactitude des différentes perceptions exprimées des répondantes. La transférabilité, critère dépendant du degré de similarité entre deux situations, a d'abord été assuré par la description du contexte original du cas à l'étude, décrite de façon adéquate et détaillée. Par ailleurs, l'analyse du cas retenu permet de croire que ce cas est un cas typique et comparable d'une multitude de cas où une organisation de soins doit gérer un changement. Les résultats de la présente étude de cas pourront être pris en compte par les gestionnaires et les infirmières dans d'autres situations de gestion de changement afin d'assurer une meilleure gestion du changement ainsi qu'une meilleure participation et

implication des destinataires. Finalement, le critère de la confirmabilité a été assuré par le jugement exercé par le directeur de recherche sur la validation de l'analyse et de l'interprétation des résultats.

L'étudiante-chercheuse n'a identifié aucune variable externe pouvant potentiellement influencer les résultats de cette étude de cas. En fait, selon l'étudiante-chercheuse le cas à l'étude se compare à la culture organisationnelle, à la pratique infirmière et à la pratique de gestion que l'on peut observer dans la plupart des milieux hospitaliers situés en région rurale.

3.8 LES CONSIDERATIONS ETHIQUES

Rappelons que la participation à toute recherche repose sur un consentement libre et éclairé des répondants. Il demeure essentiel que les principes de confidentialité d'anonymat et de consentement éclairé soient respectés. Pour cela, une attention particulière, été portée à ces considérations éthiques puisque l'étudiante-chercheuse était impliquée de près dans ce cas et ce, à titre de gestionnaire de niveau intermédiaire sur l'une des deux unités au moment de leur fusion. De plus, au moment de conduire cette étude, l'étudiante-chercheuse occupait un poste de gestionnaire de niveau supérieur au sein de l'organisation. Le comité d'éthique a été mis au fait de cette situation ainsi que des mesures proposées par l'étudiante-chercheuse afin de respecter les principes d'éthique s'y rattachant. Ces mesures décrites dans le paragraphe suivant ont été acceptées par le comité d'éthique.

Dans le but de s'assurer que le consentement des répondants découlait d'un consentement libre et éclairé, les deux lettres d'invitation mentionnaient le nom de l'étudiante-chercheuse afin que les répondants puissent établir le lien entre le fait que l'étudiante-chercheuse occupait également un poste de gestionnaire, en plus de les informer qu'ils pouvaient, en tout temps, mettre un terme à leur participation au projet de recherche. Les lettres d'invitation s'accompagnaient aussi d'informations explicatives quant à la description du projet, la nature de la collaboration attendue, les risques et les inconvénients

potentiels ainsi que les actions qui pouvaient être mises en place pour les atténuer. Les principes de respect de confidentialité et d'anonymat ont été respectés puisqu'en aucun moment le nom du CSSS ou autre information qui aurait permis d'identifier le milieu de recherche n'a été divulgué. Les répondants, ayant participé à la première question de recherche, ont été informés, avant de consentir, des différentes mesures de précaution mises en place afin de préserver leur confidentialité. Les entrevues ont été conduites par une personne extérieure au réseau de la santé et, par le fait même, aucunement impliquée dans les enjeux de la mise en œuvre du changement. Les entrevues enregistrées par magnétophone ont toutes été numérotées et ont été conservées dans le bureau du directeur de recherche. En aucun temps, l'étudiante-chercheuse n'a eu accès à ces enregistrements audio qui auraient pu lui permettre de reconnaître les voix des répondants. Ces enregistrements seront détruits lors de la diplomation de l'étudiante-chercheuse. Les verbatim, tout comme les entrevues enregistrées, ont aussi été numérotés et leurs retranscriptions ont été assurées par une autre personne que l'étudiante-chercheuse, en l'occurrence par la personne ayant mené les entrevues. De plus, tout renseignement nominatif ou encore spécifique qui aurait potentiellement permis à l'étudiante-chercheuse de reconnaître une répondante a été retiré lors de la retranscription par la personne qui a procédé à la retranscription. Les verbatim, dépouillés de renseignements nominatifs, étaient gardés au domicile de l'étudiante-chercheuse. Ils seront détruits eux aussi au moment de l'obtention du diplôme. De plus, aucune donnée nominative ne sera publiée ultérieurement.

3.9 LES LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude comporte certaines limites. D'abord, il se peut que l'analyse des verbatims, en lien avec la première question de recherche, démontre une certaine impartialité puisque l'étudiante-chercheuse avait déjà entretenu un lien professionnel avec certaines des répondantes et qu'elle maintenait toujours, au moment de l'étude, un lien professionnel avec les gestionnaires impliqués. Il est donc possible que certaines infirmières, par conflit

d'intérêts, par peur de représailles, par peur d'être identifiées ou simplement par peur de déplaire, aient hésité à répondre franchement ou aient nuancé leurs propos quant à leur perception vis-à-vis du changement vécu. De plus, le fait d'avoir conduit les entrevues deux ans après les événements a pu entraîner un biais de mémoire même en considérant l'ampleur de la crise provoquée par la fusion des deux unités. Par contre, ce laps de temps a aussi permis aux répondants un temps nécessaire au recul et à l'introspection en regard de la fusion des deux unités. Ensuite, le fait que les entrevues aient été conduites par une autre personne que l'étudiante-chercheuse peut aussi être considéré comme une limite au projet de recherche. En effet, malgré le fait que la personne qui conduisait les entrevues en avait la latitude, certains sujets tels que la valorisation de l'autonomie professionnelle ou encore certaines préoccupations et attentes des infirmières, auraient mérité d'être plus approfondis au moment de l'entrevue, et cela, dans un objectif d'une compréhension encore plus grande du phénomène à l'étude. Par ailleurs, il est vrai qu'à première vue la taille de l'échantillon pouvait sembler petite et limitative. Or, la sélection d'un seul cas, en l'occurrence la fusion de deux unités de soins, combinée à la triangulation des données par des entrevues semi-dirigées ainsi que par des questionnaires autoadministrés a permis une analyse de cas plus en profondeur de manière à identifier des facteurs potentiels susceptibles d'influencer l'implication des destinataires lors de la gestion d'un changement au sein d'une organisation.

Le prochain chapitre portera sur la présentation des données collectées lors des entrevues ainsi que la présentation des données collectées à l'aide du questionnaire autoadministré mesurant l'implication mutuelle des infirmières et des gestionnaires en regard de la gestion des soins infirmiers au sein de l'établissement.

CHAPITRE 4

LA PRÉSENTATION DES DONNÉES

Ce chapitre est consacré à la présentation des données collectées dans le cadre de cette étude de cas. Il se divise en deux parties. La première partie présente la synthèse de l'analyse des données qualitatives collectées qui ont permis de répondre à la première question de recherche. La seconde partie présente les données quantitatives obtenues afin de répondre à la seconde question de recherche.

4.1 SYNTHÈSE DES DONNÉES COLLECTÉES EN RÉPONSE À LA PREMIÈRE QUESTION DE RECHERCHE

La première question de recherche s'énonçait comme suit : quelle est la perception des infirmières quant aux différents facteurs ayant influencé, positivement ou négativement, leur implication lors de la fusion des deux unités de soins ? Le tableau 4 présente une description des caractéristiques des sujets composant l'échantillon constitué.

Tableau 4. Caractéristiques descriptives de l'échantillon d'infirmières recrutées pour répondre à la première question de recherche

Caractéristiques	Échantillon (n=6)
Lieu de travail	
Unité de médecine	2
Unité de médecine-gériatrie	4
Statut d'emploi	
Temps complet	3
Temps partiel	3
Fonction	
Assistante-infirmière-chef	5
Infirmière-chef d'équipe	1
Quart de travail	
Nuit	2
Soir	1
Rotation	3

L'échantillon constitué se veut représentatif des infirmières des unités de médecine et de médecine-gériatrie puisqu'il est constitué de six infirmières sur une possibilité de treize. Les caractéristiques descriptives telles que le statut d'emploi, la fonction et le quart de travail y sont représentées. De plus, une attention particulière a été portée afin que les deux unités de soins soient représentées. Cependant, une des deux unités a été sous représentée en nombre. En effet, seulement deux infirmières de l'unité de médecine sur une possibilité de sept ont accepté de participer à l'étude, comparativement à quatre infirmières de l'unité de médecine-gériatrie sur une possibilité de six.

Les données qualitatives seront présentées sur la base du cadre de référence qui s'articule autour des trois étapes, proposées par Bareil & Savoie (1999), entourant l'implantation d'un changement organisationnel, soit 1) la planification du changement, 2) la mise en œuvre du changement, et finalement 3) l'appropriation du changement. Dans chacune de ces trois étapes ont été intégrées les quatre catégories d'actions attendues de la

part des gestionnaires que sont : 1) la mise en place des mécanismes d'information et de communication, 2) l'implication des personnes concernées par le changement organisationnel et l'appui des gestionnaires, 3) la consultation et la décentralisation des pouvoirs décisionnels et finalement, 4) la reconnaissance professionnelle. Or, certaines de ces catégories d'actions se retrouvent dans plus d'une étape du changement. Le tableau suivant présente les catégories d'actions qui se retrouvent au cours de chacune des trois étapes du changement organisationnel.

Tableau 5. Catégories d'actions attendues de la part des gestionnaires au cours des trois étapes du changement organisationnel proposées par Bareil & Savoie (1999)

Planification du changement	Mise en œuvre du changement	Appropriation du changement
<ul style="list-style-type: none"> • Actions visant la mise en place de mécanismes d'information et de communication • Actions visant l'implication des personnes concernées par le changement et l'appui des gestionnaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Actions visant la mise en place de mécanismes d'information et de communication • Actions visant l'implication des personnes concernées et l'appui des gestionnaires • Actions visant la consultation et la décentralisation des pouvoirs décisionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Actions visant la mise en place de mécanismes d'information et de communication • Actions visant la reconnaissance professionnelle

La section qui suit présente la perception des infirmières concernant les facteurs ayant influencé leur implication lors de l'étape de la planification du changement organisationnel.

4.1.1 Perceptions des infirmières concernant les facteurs ayant influencé leur implication lors de l'étape de la planification du changement organisationnel

Cette section présente la perception des infirmières concernant les différents facteurs ayant influencé leur implication au moment de l'étape de la planification du changement organisationnel qui a conduit à la fusion des deux unités de soins. Les données de cette

première section sont abordées sous l'angle de la perception des infirmières au regard de deux catégories d'actions attendues de la part des gestionnaires, soit 1) la mise en place des mécanismes d'information et de communication et 2) l'implication des personnes concernées et de l'appui des gestionnaires.

4.1.1.1 Perceptions des infirmières au regard de la mise en place des mécanismes d'information et de communication par les gestionnaires

En ce qui concerne la perception des infirmières au regard de la mise en place des mécanismes d'information et de communication par les gestionnaires, les données recueillies démontrent que cinq infirmières sur six ont d'abord entendu parler de la fusion des deux unités de soins par un collègue ou encore par du personnel travaillant dans une autre unité de soins de l'hôpital et non par les gestionnaires. Une seule infirmière mentionne avoir eu accès à de l'information au sujet de la fusion des unités de la part d'un gestionnaire. En effet, l'infirmière n°2, qui occupe un poste d'assistante-infirmière-chef, dit avoir d'abord obtenu l'information verbalement de la part de son gestionnaire de niveau intermédiaire pour ensuite l'avoir lu lors d'un envoi d'un communiqué écrit par la direction générale. Selon cette infirmière, le communiqué décrivait les objectifs poursuivis par la fusion des unités. Aucune autre infirmière n'a mentionné avoir pris connaissance de la présence de ce communiqué. Les six infirmières ont exprimé de l'insatisfaction quant à la façon dont elles ont appris la fusion des deux unités. L'infirmière n°3 exprime son insatisfaction en ces mots : « *Ce n'est pas la direction qui nous a annoncé ça. Eux, ils nous ont rencontrés une fois et lorsque la décision était prise et c'est nous qui avons insisté pour les rencontrer. Ils ne nous ont pas rencontrés avant pour nous expliquer le processus* ». Les six infirmières affirment qu'elles auraient souhaité recevoir de la part des gestionnaires de niveau supérieur, de l'information claire et transparente concernant la fusion ainsi que des réponses à leurs questions.

Toutes les infirmières interrogées mentionnent avoir senti qu'elles n'avaient pas le choix de subir cette fusion permanente et qu'elles ont été mises devant le fait accompli. À ce sujet, l'infirmière n°3 déclare ce qui suit : « *J'aurais aimé être consultée pour pouvoir donner*

mon opinion. Me faire écouter en tant qu'infirmière ». Les infirmières n°3, n°4 et n°5 ont exprimé les attentes suivantes : être écoutées, être respectées par les membres de la direction et obtenir plus de réponses à leurs questions. Selon les six infirmières ayant participé à l'étude, la direction n'a pas réussi à communiquer ni à partager avec les personnes impliquées sa vision du changement organisationnel à mettre en place. L'infirmière n°6 précise son insatisfaction et ses attentes en ces mots : « *J'ai un peu de misère de ne pas savoir plus qu'il faut que ça où on s'en va... lorsqu'on veut amener les gens dans un tournant, c'est bon de leur amener une vision. Expliquer ce qui s'en vient et la raison pour laquelle on le fait* ». L'infirmière n°1, pour sa part, mentionne que la vision du changement a été communiquée par les membres de la direction lors de l'unique rencontre d'information tenue entre les employés et les membres de la direction. Aucune infirmière n'a mentionné avoir adhéré complètement à la vision du changement organisationnel proposé par les gestionnaires. Quatre infirmières disent y avoir adhéré par la force des choses et non par choix. L'infirmière n°4 affirme qu'elle était partagée, entre le fait d'y adhérer ou non. Elle prétend que :

...Oui parce que d'un côté je trouvais que notre département était un peu moins fonctionnel parce qu'il n'y avait qu'une seule infirmière. Cette infirmière s'occupait du poste et donnait aussi des soins. Alors, en allant travailler en médecine je trouvais ça bien, car tout le monde a vraiment sa fonction. Pour moi, c'était vraiment un avantage. Par contre pour les patients, j'étais moins d'accord, car l'unité de médecine était selon moi, un milieu de soins moins adapté à la personne âgée...

Pour sa part, l'infirmière n°6 dit y avoir adhéré puisque pour elle la fusion des unités laissait entrevoir une meilleure disponibilité des ressources professionnelles.

4.1.1.2 Perceptions des infirmières au regard de l'implication des personnes concernées par le changement et de l'appui des gestionnaires

En ce qui concerne la perception des infirmières au regard de leur implication et de l'appui apporté par les gestionnaires, trois infirmières affirment qu'en aucun temps elles ne se sont senties impliquées par les gestionnaires dans l'atteinte des buts, à savoir une économie

financière par la réduction du nombre d'équipes, la diminution du recours aux services des agences privées et la diminution des heures supplémentaires. L'infirmière n°5 décrit sa perception de la situation en ces termes : « *C'était tout décidé en haut et plus on baissait, moins on en savait. On était des petits riens nous autres. On subissait* ». L'infirmière n°2 exprime son opinion par les mots suivants : « *J'aurais aimé être impliquée dans le « avant », être informée plus tôt du changement à venir, de contribuer, au lieu d'arriver devant des faits accomplis* ». Cependant, l'infirmière n°6 nuance la situation et affirme qu'elle s'est sentie concernée par l'atteinte des buts du changement organisationnel par le partage de son expertise en soins aigus avec ses nouveaux collègues. Cependant, elle précise que cela lui a été imposé de la part de son gestionnaire de niveau intermédiaire. L'infirmière n°3 explique qu'elle s'est impliquée elle-même, en voulant apprendre de nouvelles techniques et en donnant ses idées pour la réussite de la nouvelle organisation de travail.

Les infirmières ont aussi exprimé leurs perceptions quant au sujet de l'appui des gestionnaires. Les infirmières n°1, n°3 et n°5 ont affirmé ne pas s'être senties appuyées par les gestionnaires de niveau supérieur au moment de la planification du changement. L'infirmière n°5 exprime qu'elle aurait aimé que les gestionnaires de niveau supérieur, membres de la direction, l'écoutent. Elle dit : « *Des réunions pour faire parler les gens avec les membres de la direction. Un lieu où poser nos questions, se faire entendre* ». L'infirmière n°5 rapporte : « *Ma gestionnaire m'écoutait, mais elle ne pouvait pas répondre à toutes mes questions, car elle-même n'était pas au courant de tout* ».

Trois des infirmières interrogées ne perçoivent pas qu'elles ont eu à jouer un rôle de partenaire dans le projet de la fusion des unités. L'infirmière n°1 précise : « *Au point de vue de la fusion, je n'ai pas été interpellée... je n'ai pas du tout été perçue comme un partenaire* ». Cependant, les infirmières n°4 et n°6 décrivent leur rôle de partenaires dans le projet de la fusion par le partage de leur expertise clinique avec leurs nouvelles collègues. De façon générale, le lien de partenariat mentionné par les infirmières se définit comme un lien de collaboration entre les infirmières et non entre les infirmières et les gestionnaires. En fait, seule l'infirmière n°6 mentionne que son rôle, en lien avec le projet de la fusion, a été

clarifié et précisé par son gestionnaire. Cette infirmière explique que son gestionnaire lui a demandé de partager son expertise afin que toutes les infirmières soient au même niveau en matière de technique de soins. Par ailleurs, quatre infirmières expriment qu'elles n'ont pas eu la perception de devoir assumer des responsabilités particulières dans le cadre du projet de fusion. Elles expliquent que leurs responsabilités professionnelles se situaient envers les patients qui méritent de recevoir des soins de qualité qu'elles prodiguent aux patients. En ce sens, l'infirmière n°1 témoigne que : « *Par rapport au processus de fusion non... pas de responsabilités en dehors de donner de bons soins* ». Le témoignage de l'infirmière n°4, va dans le même sens : « *C'était des responsabilités à l'égard de mon travail d'infirmière, mais pas en lien avec la fusion* ».

De façon unanime, les six infirmières révèlent qu'en aucun moment elles n'ont perçu que les gestionnaires de niveau supérieur se préoccupaient des impacts potentiels de la fusion sur elles. L'infirmière n°1 rapporte : « *Lorsque le moment de parler est venu, les gestionnaires sont restés froids. Lorsque j'ai parlé de ma situation familiale, on m'a répondu que cela ne leur importait pas. Ils ont répondu qu'on devait faire avec ou l'on perdait nos postes* ». Les infirmières n°3, n°5 et n°6 ajoutent qu'elles auraient aussi souhaité obtenir plus de réponses de la part des gestionnaires de niveau supérieur au sujet de leurs préoccupations. L'infirmière n°6 traduit sa pensée par ces mots : « *J'aurais aimé avoir des réponses plus précises sur notre avenir* ». L'infirmière n°3 s'exprime en disant : « *... avec la haute direction je n'ai pas eu de réponses à toutes mes questions. Je ne me suis pas sentie écoutée* ». L'infirmière n°6 ajoute que la seule préoccupation des gestionnaires à l'égard de la fusion concernait la qualité des soins. Par contre, les six infirmières disent qu'à cette étape du changement organisationnel, elles communiquaient leurs préoccupations à leur gestionnaire de niveau intermédiaire au sujet du processus de la fusion de deux unités de soins et qu'elles se sentaient écoutées par celui-ci. D'ailleurs, la principale attente exprimée par les infirmières interrogées est celle d'être écoutée par les gestionnaires. Finalement, les données révèlent que les infirmières n°1, n°2, n°3 et n°4, ont eu l'intention de quitter leur poste lors de l'annonce de la fusion.

Dans l'ensemble, les perceptions des infirmières permettent de soutenir que le manque d'information, la vision et les objectifs de changements non partagés, le manque de communication, l'absence de consultation et le manque d'appui de la part des gestionnaires sont perçus par les infirmières comme des facteurs ayant influencé négativement leur implication lors de la planification du changement. Par ailleurs, le désir d'apprendre de nouvelles connaissances en lien avec la prise en charge d'une nouvelle clientèle a été perçu par les infirmières comme un facteur ayant influencé positivement leur implication lors de la planification du changement.

La prochaine section présente la perception des infirmières concernant les facteurs ayant influencé leur implication lors de l'étape de la mise en œuvre du changement organisationnel.

4.1.2 Perceptions des infirmières concernant les facteurs ayant influencé leur implication lors de l'étape de la mise en œuvre du changement organisationnel

Cette section présente la perception des infirmières concernant les différents facteurs ayant influencé leur implication au moment de l'étape de la mise en œuvre du changement organisationnel qui a conduit à la fusion des deux unités de soins. Les données de cette section sont abordées sous l'angle de la perception des infirmières au regard de trois catégories d'actions attendues de la part des gestionnaires en lien avec la mise en place des mécanismes d'information et de communication, l'implication des personnes concernées par le changement et l'appui des gestionnaires et finalement la consultation et la décentralisation des pouvoirs décisionnels.

4.1.2.1 Perceptions des infirmières au regard de la mise en place des mécanismes d'information et de communication par les gestionnaires

En ce qui concerne la perception des infirmières au regard de l'exploitation des mécanismes d'information et de communication de la part des gestionnaires, les infirmières

sont unanimes pour dire qu'elles n'ont perçu aucun mécanisme de ce genre mis en place lors de l'étape de la mise en œuvre du changement. L'infirmière n°6 mentionne que : « *Ça été un manque, car on n'avait pas de réunions qui nous permettaient de faire des constats, nous dire où on est rendu et où l'on s'en va* ». Les six infirmières affirment également qu'elles auraient souhaité la tenue de rencontres avec les gestionnaires de niveau supérieur. L'infirmière n°3 s'exprime ainsi sur le sujet : « *Que la direction vienne nous voir. On les a vus une seule fois. On a eu une seule rencontre avec eux. On ne les a pas revus par la suite* ».

4.1.2.2 *Perceptions des infirmières au regard de l'implication des personnes concernées par le changement et l'appui des gestionnaires*

Par ailleurs, en ce qui concerne la perception des infirmières au regard de leur implication dans la mise en œuvre du changement organisationnel, les infirmières n°2, n°3 et n°5 mentionnent que les gestionnaires n'ont pas réussi à les impliquer ou encore à susciter leur engagement pour la réussite de la mise en œuvre de la fusion des unités. L'infirmière n°3 précise : « *Non les gestionnaires n'ont rien suscité. C'est plus moi qui me suis motivée et entre nous on s'est motivés pour réussir la vision de l'unité de médecine, mais personne n'est venu nous voir pour ça* ». Elle ajoute : « *On dirait qu'ils ont fusionné, fermé notre unité et qu'après c'était organisez-vous* ». Quant à l'infirmière n°1, elle affirme que : « *les gestionnaires nous ont encouragés en disant que la fusion des unités de soins était un défi à relever. Mais pas plus. Je n'avais pas le choix d'embarquer* ». Cependant, certaines infirmières expriment que les gestionnaires ont suscité leur implication de différentes façons. Par exemple, l'infirmière n°4 résume son implication dans le déménagement de son unité. Elle dit qu'au moment où l'unité de soins a fermé ses portes, elle s'est impliquée dans l'organisation du transfert des patients et dans le transfert du matériel infirmier. Finalement, l'infirmière n°6 affirme que son implication a plutôt été suscitée par son gestionnaire de niveau intermédiaire en lui demandant de partager son expertise et d'orienter les nouvelles infirmières sur l'unité de soins.

Les données recueillies auprès des infirmières n°2, n°3, n°5 et n°6 démontrent que ces infirmières ont toutes l'impression d'avoir posé des actions afin de contribuer à la réussite de la mise en œuvre du changement organisationnel. Les actions posées sont en lien avec l'organisation du travail, la participation à la résolution de problèmes cliniques, l'appui aux collègues par le partage de connaissances techniques et d'expertise clinique. Les infirmières rapportent aussi avoir continué à exécuter leur travail de façon professionnelle et du mieux qu'elles le pouvaient dans les circonstances du changement organisationnel. L'infirmière n°1 mentionne : « *J'ai suivi. J'ai écouté. J'ai été aux rencontres. Je me suis investie. Je n'ai pas résisté. Je me suis engagée. J'ai posé des gestes pour ma réussite à moi, pour passer au travers* ». L'infirmière n°5 soutient : « *J'ai fait mon travail d'infirmière de la même façon que je l'ai toujours fait, en pensant au bien-être des patients, en collaborant avec mes collègues et en transférant mes connaissances* ». Aucune infirmière n'a mentionné avoir posé des actions, ni même songé à poser des actions, qui auraient pu nuire à la réussite du changement.

Les données recueillies démontrent que toutes les infirmières, à l'exception de l'infirmière n°5, ont senti qu'elles ont collaboré avec les différents partenaires à la mise en œuvre de la fusion des deux unités de soins, à savoir les instances syndicales, les collègues et les autres professionnels avec qui les infirmières travaillent en interdisciplinarité, dont les professionnels de la réadaptation et les médecins. Aucune infirmière n'a mentionné les gestionnaires comme étant des partenaires dans le projet de la fusion des unités. D'ailleurs, les six infirmières décrivent qu'en aucun moment elles n'ont senti que les gestionnaires de niveau supérieur s'engageaient d'une quelconque façon dans la réussite du changement organisationnel. L'infirmière n°3 dit : « *Je n'ai pas senti que les gestionnaires de la direction s'engageaient dans la réussite de la fusion. Je ne sais même pas ce qu'eux avaient comme vision et comme attentes. À part l'argent, je ne sais pas* ».

Les données collectées au regard de l'appui apporté par les gestionnaires révèlent que les infirmières n°1, n°5 et n°6 se sont senties appuyées par leur gestionnaire de niveau intermédiaire. Par exemple, par l'organisation de journées d'orientation sur l'unité de soins

afin de leur permettre une mise à jour de leurs connaissances. Cependant, certaines infirmières ont exprimé qu'elles auraient souhaité davantage d'appuis, entre autres, par une plus grande présence et une meilleure disponibilité de la part de leur gestionnaire. L'infirmière n°3 énonce les propos suivants : *« J'aurais aimé que l'infirmière-chef prenne les devants et nous fasse sentir que nous étions importants pour le travail d'équipe et pour l'unité de médecine. J'aurais aimé qu'elle vienne vers nous et non pas le contraire »*. Elle ajoute également : *« L'infirmière-chef m'écoutait, mais je ne sentais pas qu'elle comprenait. Je ne sentais pas d'empathie... jamais elle n'est venue vers moi, c'était toujours moi qui devais aller vers elle »*. L'infirmière n°2 précise : *« Mes attentes auraient été de mettre les choses en action. L'écoute est là, mais on ne sent pas après qu'il se passe quelque chose »*. Une seule infirmière, l'infirmière n°4, affirme que son gestionnaire se préoccupait d'elle et de ses collègues lors de la mise en œuvre de la fusion des unités de soins. En effet, cette infirmière rapporte que son gestionnaire lui demandait régulièrement, à elle et ses collègues, comment ça allait et comment la fusion se vivait au quotidien.

4.1.2.3 Perceptions des infirmières au regard de la consultation et la décentralisation des pouvoirs décisionnels de la part des gestionnaires.

En ce qui concerne la perception des infirmières au regard de la consultation et de la décentralisation des pouvoirs décisionnels, les données collectées démontrent que les infirmières n°1, n°2 et n°4 se sont senties sollicitées afin de participer à la résolution de problèmes reliés à l'organisation du travail sur la nouvelle unité de soins. Selon elles, elles ont été sollicitées par leur gestionnaire de niveau intermédiaire ou par leurs collègues lors des discussions en petits groupes ou lors de rencontres du personnel de leur unité. Pourtant, certaines infirmières se disent déçues quant à leur participation à la résolution de problèmes. Par exemple, l'infirmière n°1 exprime son insatisfaction en ces termes : *« Je te dirais que ça n'a rien donné. Y'a fallu que je suive la fusion quand même, mais ça m'a fait du bien de parler »*. Quant à l'infirmière n°4, elle rapporte que : *« Ces rencontres-là, tout le monde déballe son sac, ça ne règle pas les problèmes »*. Les infirmières n°1, n°4, n°5 et n°6

affirment qu'il n'y avait aucun espace réservé permettant les échanges et favorisant la collaboration nécessaire à la mise en œuvre du changement. En ce sens, l'infirmière n°4 soutient que : « *Ça se faisait entre nous de façon informelle. On essayait de s'ajuster entre nous* » tandis que l'infirmière n°6 ajoute : « *Il n'y a rien eu de formel et pas d'emblée ni de façon systématique non plus* ». Toutes les infirmières mentionnent, à l'exception de l'infirmière n°2, qu'il y avait de la collaboration entre elles, mais que cette collaboration se vivait au quotidien à même leurs activités professionnelles. Les infirmières n°1 et n°4 disent que les gestionnaires n'ont pas tenu compte de leurs idées durant l'étape de la mise en œuvre du changement organisationnel tandis que les quatre autres infirmières affirment le contraire. Ces quatre infirmières disent que leurs idées et leurs opinions ont été prises en compte en ce qui concerne essentiellement l'organisation du travail. Or, l'infirmière n°5 tient tout de même à spécifier ses propos en affirmant que ses idées et ses opinions ont été entendues et prises en compte, mais seulement par ses collègues et non par les gestionnaires de niveau supérieur et de niveau intermédiaire.

Les données collectées décrivent clairement que les infirmières n°1, n°2, n°3 et n°4 perçoivent qu'elles n'ont jamais exercé un pouvoir décisionnel au sujet du projet de la fusion des deux unités. L'infirmière n°3 affirme : « *Non aucun pouvoir. Tout nous a été imposé, la composition des équipes, le nombre de patients que les équipes s'occupaient. C'était ça* ». Les infirmières n°5 et n°6 affirment qu'elles ont exercé un certain pouvoir décisionnel à cette étape du changement. Or, elles précisent que ce pouvoir se situait à leur niveau, c'est-à-dire au niveau de l'organisation de travail au quotidien. L'infirmière n°6 mentionne que : « *... il ne faut pas oublier que la fusion était quelque chose de décidée par la direction. Le pouvoir que j'avais était à mon niveau* » tandis que l'infirmière n°5 rapporte que : « *Il y avait des choses sur lesquelles nous n'avions pas de choix. Le choix des lieux physiques était quasiment ridicule... on suggérait des choses entre nous. On décidait des choses entre nous* ». La plupart des infirmières ont exprimé leur désir de voir leurs opinions et leurs idées considérées et respectées par l'ensemble des gestionnaires et qu'elles puissent être prises en compte lors de la prise de décisions. Les données indiquent que certaines infirmières se sont

adaptées à la fusion d'unité « rapidement » ou encore « assez vite ». L'infirmière n°3 quant à elle affirme que ça lui a pris plus ou moins quatre mois pour s'adapter à ce changement organisationnel et que l'adaptation à son nouvel environnement de travail a été très difficile au début.

Dans l'ensemble, les perceptions des infirmières permettent d'appuyer que le manque de sollicitation à participer à la résolution de problèmes, le faible pouvoir décisionnel des infirmières, le manque de disponibilité des gestionnaires, le manque de communication avec les gestionnaires de niveau supérieur et leur désengagement envers le changement ont tous été perçus par les infirmières comme des facteurs ayant influencé négativement leur implication lors de la mise en œuvre du changement. Par ailleurs, le partage d'idées, d'opinions et d'expertise clinique entre collègues et la mise à jour des connaissances ont été perçus par les infirmières comme des facteurs ayant influencé positivement leur implication lors de la mise en œuvre du changement organisationnel.

La section suivante présente la perception des infirmières concernant les facteurs ayant influencé leur implication lors de l'étape de l'appropriation du changement organisationnel.

4.1.3 La perception des infirmières concernant les facteurs ayant influencé leur implication lors de l'étape de l'appropriation du changement organisationnel

Cette section présente la perception des infirmières concernant les facteurs ayant influencé leur implication lors de l'étape de l'appropriation du changement organisationnel. Les données de cette section sont abordées sous l'angle de la perception des infirmières au regard de deux catégories d'actions attendues de la part des gestionnaires soit celle de la mise en place des mécanismes d'information et de communication et celle de la reconnaissance professionnelle.

4.1.3.1 *Perceptions des infirmières au regard de la mise en place des mécanismes d'information et de communication de la part des gestionnaires.*

En ce qui concerne la perception des infirmières au regard de la mise en place de mécanismes d'information et de communication lors de l'étape de l'appropriation du changement, les six infirmières sont unanimes pour dire qu'elles ont perçu qu'aucune information n'a été transmise par les gestionnaires de niveau supérieur afin de leur signifier si les objectifs de la fusion des deux unités avaient été atteints. À cet égard, l'infirmière n°2 s'exprime de cette façon : « *Non, y'a pas eu de suite. Je n'ai rien vu d'écrit, rien entendu des résultats de la fusion... aucun résultat ne nous a été transmis* ». Les six infirmières se sont dites insatisfaites au sujet de l'information transmise par les gestionnaires de niveau supérieur par rapport aux résultats des objectifs de la fusion et des efforts mis en place. L'infirmière n°5 mentionne : « *J'ai un goût amer par rapport à la fusion... oui, j'avais des attentes, car je me suis longtemps posé la question pourquoi on fermait un département qui allait si bien au niveau clinique* ».

4.1.3.2 *Perceptions des infirmières au regard de la reconnaissance professionnelle de la part des gestionnaires*

La perception des infirmières au regard de la reconnaissance professionnelle, les six infirmières interrogées disent n'avoir perçu aucune rétroaction ni aucune reconnaissance professionnelle de la part des gestionnaires par rapport à la fusion des unités. À ce sujet, l'infirmière n°6 révèle qu'elle aurait aimé obtenir, au bout de quelques semaines suivant la mise en œuvre du changement, une rencontre avec les gestionnaires de niveau supérieur et que ceux-ci puissent faire le point sur le projet de la fusion. Quant à l'infirmière n°3, elle affirme que : « *Ça aurait été le fun d'avoir une rencontre avec la haute direction...ça aurait été la moindre des choses qu'ils viennent nous rencontrer* ». Les six infirmières affirment aussi qu'elles n'ont jamais eu la perception que les gestionnaires de niveau supérieur avaient communiqué, au reste de l'organisation, ni leurs efforts déployés, au cours des étapes du changement organisationnel ni le degré d'atteinte des objectifs poursuivis par la fusion des

deux unités de soins. De plus, certaines infirmières interrogées ont manifesté des attentes concernant l'expression d'une marque de reconnaissance de la part des membres de la direction. C'est le cas de l'infirmière n°6 qui s'exprime comme suit : « *De nous féliciter par rapport au bon coup et de le partager à l'ensemble de l'organisation...ça peut se réaliser, entre autres, par le journal à l'interne de notre CSSS ou encore se faire envoyer un panier de fruits* ».

Par ailleurs, les infirmières n°1, n°4, n°5 et n°6, disent avoir perçu que leur autonomie professionnelle et celle des autres infirmières étaient valorisées par les gestionnaires de l'organisation. Par contre, les infirmières interrogées ne précisent pas de quels gestionnaires il est question, ni de quelle manière s'est présentée cette valorisation. Cependant, l'infirmière n°3 affirme quant à elle : « *Non, pas par les gestionnaires. L'autonomie professionnelle était valorisée entre nous* ». Les infirmières n°1, n°4, n°5 et n°6 constatent que leur expertise clinique a été sollicitée par leur gestionnaire de niveau intermédiaire ou encore par leurs collègues. Elles mentionnent qu'on leur a demandé de partager leur expertise clinique auprès des nouvelles collègues ou encore au sujet de l'organisation du travail de l'unité de soins. Le partage d'expertise se réfère au processus d'amélioration continue, et cela démontre qu'en partageant leur expertise les infirmières se préoccupent des améliorations à apporter à l'organisation du travail pour que le changement fonctionne encore mieux. Les infirmières n°4 et n°5 mentionnent que leur expertise clinique a été sollicitée par leurs pairs et par les autres professionnels, et non par les gestionnaires. Leur expertise clinique était sollicitée de façon informelle, au jour le jour. Le partage d'expertise clinique entre infirmières visait à ce que toutes les infirmières se sentent habilitées à effectuer certaines techniques de soin ou encore à transmettre certaines connaissances propres à chacune des unités de soins avant la fusion. Seule l'infirmière n°6 évoque de façon claire s'être sentie sollicitée par son gestionnaire. En ce sens, cette infirmière tient ces propos : « *Oui, j'ai été choisie par mon gestionnaire pour orienter les nouvelles personnes. J'ai senti que j'avais une contribution à apporter* ». Quant à l'infirmière n°1, elle ne partage pas du tout cette perception d'avoir contribué à l'appropriation du changement et elle mentionne : « *Ça non, car mon expertise*

clinique était avec les personnes âgées et les personnes en phase terminale. Je voulais rester dans ce domaine, mais ils m'ont forcée à aller en soins aigus ». Finalement, les infirmières n°2, n°3 et n°6 perçoivent qu'il y a eu, grâce à la fusion et au partage des différentes expertises clinique, des gains au niveau des connaissances des infirmières quant à la clientèle gériatrique et aux soins adaptés qu'ils nécessitent. Cependant, les infirmières n°1, n°2 et n°5 perçoivent aussi qu'il n'y a pas que des gains et que le patient demeure celui qui en perd le plus dans cette fusion. Par exemple, l'infirmière n°2 affirme : « *On ne parle pas du bien-être du client. Les gains, ils sont au niveau des heures soins. On parle en chiffres* ». Quant à l'infirmière n°1, elle soutient que la fusion des unités a entraîné une perte des espaces adaptés qui favorisaient le maintien de l'autonomie des personnes âgées durant leur hospitalisation, un plus grand roulement de personnel et une détérioration des conditions de travail des infirmières. Cette infirmière précise que le projet de fusion lui a aussi fait perdre la confiance qu'elle avait envers les gestionnaires de niveau supérieur.

Dans l'ensemble, les perceptions des infirmières viennent appuyer que l'absence d'information de la part des gestionnaires sur l'atteinte des objectifs, le manque de reconnaissance vis-à-vis des efforts déployés par les infirmières et l'absence de rétroaction de la part des gestionnaires s'avèrent, selon la perception des infirmières, des facteurs ayant influencé négativement leur implication à l'étape de l'appropriation du changement. Par ailleurs, la valorisation de l'autonomie professionnelle, la sollicitation par les pairs pour le partage d'expertise clinique et les gains au niveau des connaissances des infirmières se révèlent comme des facteurs ayant influencé positivement l'implication des infirmières lors de l'appropriation du changement. Le tableau 6 présente une synthèse des facteurs positifs et des facteurs négatifs perçus par les infirmières et qui ont influencé leur implication au cours des trois étapes du changement organisationnel.

Tableau 6. Synthèse des facteurs perçus par les infirmières, comme ayant exercé une influence positive ou négative sur leur implication lors des différentes étapes du changement organisationnel

Étapes d'un changement organisationnel	Facteurs positifs perçus par les infirmières	Facteurs négatifs perçus par les infirmières
Planification du changement	<ul style="list-style-type: none"> • Désir des infirmières d'apprendre de nouvelles connaissances en lien avec la prise en charge d'une nouvelle clientèle 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information claire et transparente de la part des gestionnaires • Vision du changement et des objectifs non partagés • Manque de communication de la part des gestionnaires • Absence de consultation des infirmières par les gestionnaires • Faible pouvoir décisionnel des infirmières • Manque d'appui de la part des gestionnaires
Mise en œuvre du changement	<ul style="list-style-type: none"> • Partage d'idées et d'opinions entre collègues • Partage de l'expertise clinique avec les nouvelles collègues • Mise à jour des connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de sollicitation par les gestionnaires pour participer à la résolution de problèmes • Faible pouvoir décisionnel des infirmières • Manque de disponibilité du gestionnaire de niveau intermédiaire • Manque de communication de la part des gestionnaires de niveau supérieur • Désengagement des gestionnaires de niveau supérieur
Appropriation du changement	<ul style="list-style-type: none"> • Valorisation de l'autonomie professionnelle • Sollicitation par les pairs pour le partage d'expertise clinique • Gain au niveau des connaissances des infirmières 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'information de la part des gestionnaires sur l'atteinte des objectifs • Absence de rétroaction et de reconnaissance de la part les gestionnaires de niveau supérieur

4.2 SYNTHÈSE DES DONNÉES COLLECTÉES EN RÉPONSE À LA SECONDE QUESTION DE RECHERCHE

En raison de l'importance accordée par les auteurs au mode de gestion partagée en tant que facteur clé de succès de l'implantation d'un changement organisationnel, la seconde question de recherche de la présente étude de cas s'énonçait comme suit : quelle est la perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la gestion des soins infirmiers au sein de l'établissement ? Le tableau qui suit présente les caractéristiques descriptives des 14 sujets composant l'échantillon constitué pour répondre à cette question de recherche, échantillon constitué au sein d'une population cible de 25 répondants composée d'infirmières (n=19) et gestionnaires (n=6) répondant aux critères de sélection.

Tableau 7. Caractéristiques descriptives des infirmières de l'unité de médecine (n=8) et des gestionnaires de l'établissement (n=6) composant l'échantillon pour répondre à la seconde question de recherche

Caractéristiques	Infirmières (n = 8)	Gestionnaires (n = 6)
Statut d'emploi		
Temps complet	3	6
Temps partiel	5	0
Années d'expérience dans le réseau		
4 ans et moins	0	0
Entre 5 à 9 ans	0	0
Entre 10 et 14 années	3	3
Entre 15 et 19 années	2	2
Plus de 20 années	3	1
Années d'ancienneté dans le CSSS		
Moins de 4 années	1	0
Entre 5 et 9 années	2	1
Entre 10 et 14 années	2	4
Entre 15 et 19 années	1	1
Plus de 20 années	2	0
Niveau de scolarité		
DEC	7	0
Baccalauréat	1	1
Maîtrise	0	5

Afin de préserver l'anonymat des participants, les caractéristiques descriptives de l'échantillon demeurent assez générales. C'est pour cette raison d'ailleurs qu'il n'a pas été demandé aux gestionnaires de préciser leur niveau de gestion (supérieur ou intermédiaire). Or, l'échantillon se veut tout de même représentatif des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires ayant été touchés par la fusion des deux unités de soins. D'abord, il est constitué de huit infirmières de l'unité de médecine sur une possibilité de dix-huit et de six gestionnaires sur une possibilité de sept (gestionnaires de niveau supérieur et gestionnaires de niveau intermédiaire). Les caractéristiques descriptives de l'ensemble des infirmières et des gestionnaires visés telles que le statut d'emploi, les années d'expérience dans le réseau de la santé, les années d'ancienneté au sein du CSSS ainsi que le niveau de scolarité y sont aussi représentées. On remarque une différence entre le statut d'emploi. En fait, tous les gestionnaires occupent un statut d'emploi à temps plein comparativement à moins de la moitié des infirmières visées. Il existe aussi une différence au niveau de la scolarité. En ce sens, l'ensemble des gestionnaires détiennent un diplôme universitaire tandis qu'une seule infirmière au sein de l'échantillon possède ce niveau de scolarité.

Les sections suivantes présentent les données quantitatives qui illustrent la perception des infirmières de l'unité de médecine et celle des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard des cinq dimensions du concept de gestion partagée telles que définies par Hess (1994), à savoir 1) le contrôle du professionnel sur sa pratique de soins, 2) l'influence du professionnel sur la gestion des ressources nécessaires à sa pratique professionnelle, 3) la reconnaissance organisationnelle quant au contrôle et à l'influence du professionnel sur sa pratique de soins, 4) la structure qui facilite la participation à la prise de décision et finalement 5) l'accès à l'information.

4.2.1 La perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard du contrôle exercé sur la pratique de soins

Le tableau 8 présente la distribution de fréquences des réponses obtenues pour les quatorze questions qui ont servi à la mesure de la perception des infirmières de l'unité de médecine et celle des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la dimension du contrôle exercé par les infirmières et par les gestionnaires sur différentes activités clinico-administratives reliées à la pratique de soins au sein de l'unité de l'établissement.

Tableau 8. Distribution de fréquences des réponses des infirmières² et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard du contrôle exercé par les infirmières et par les gestionnaires sur les activités clinico-administratives au sein de l'établissement

	Gestionnaire seulement	Essentiellement gestionnaire	Également partagé	Essentiellement infirmière	Infirmières seulement	Ne sait pas	Non accomplie	Instance externe	<i>n</i>
	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G
Activités clinico administratives									
1 La planification des activités de soins que les infirmières doivent effectuer	1 / 1	4 / 2	0 / 1	0 / 2	3 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
2 L'élaboration et l'évaluation des normes de qualité concernant la pratique infirmière	3 / 1	3 / 4	1 / 1	0 / 0	0 / 0	1 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
3 La détermination des niveaux de qualification pour obtenir un poste en soins infirmiers	8 / 6	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
4 L'appréciation du rendement du personnel de soins	4 / 3	4 / 2	0 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
5 La détermination des activités de soins des infirmières auxiliaires	0 / 0	4 / 2	2 / 1	0 / 1	2 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 1	8 / 6
6 L'application et le suivi des mesures disciplinaires auprès du personnel de soins	7 / 6	1 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
7 La dispensation de la formation du personnel infirmier	6 / 1	2 / 4	0 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
8 L'embauche des infirmières	8 / 5	0 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
9 L'embauche du personnel en soutien au personnel de soins	8 / 6	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
10 L'avancement professionnel des infirmières et du personnel de soins	2 / 2	6 / 1	0 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
11 L'assignation à un poste de gestion	8 / 6	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
12 La sélection des produits utilisés dans la prestation de soins	2 / 1	4 / 1	0 / 4	1 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 0	8 / 6
13 L'intégration des résultats de recherches en sciences infirmières dans la pratique de soins	4 / 0	2 / 5	0 / 0	0 / 0	0 / 1	2 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
14 Le choix du mode de prestation des soins	4 / 1	4 / 4	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 1	0 / 0	0 / 0	8 / 6
Nombres total d'occurrences	65 / 39	34 / 26	3 / 12	1 / 3	5 / 2	3 / 1	0 / 0	1 / 1	112 / 84
Proportions de répondants	58% / 46%	30% / 31%	3% / 14%	1% / 4%	4% / 2%	3% / 1%	0% / 0%	1% / 1%	100% / 100%

Légende : I : Infirmière, G : Gestionnaire

² Pour les tableaux 8 à 13 et les figures de 1 à 5 de ce chapitre, le terme infirmière s'applique aux infirmières de l'unité de médecine résultant de la fusion qui ont participé à la présente étude de cas.

Les distributions de fréquence des résultats aux questions qui traitent de la détermination des niveaux de qualification pour obtenir un poste en soins infirmiers, l'application et le suivi des mesures disciplinaires, l'embauche des infirmières et du personnel en soutien au personnel de soins et l'assignation à un poste de gestion (questions 3, 6, 8, 9 et 11) démontrent un fort consensus chez les infirmières et les gestionnaires. En effet, à l'exception des questions 6 et 8, la totalité des personnes interrogées pense que le gestionnaire seulement exerce un contrôle sur ces activités particulières. Les données obtenues pour les questions 2 et 4 révèlent aussi un fort consensus autant pour les infirmières que pour les gestionnaires indiquant que les deux groupes estiment que le gestionnaire seulement ou encore essentiellement le gestionnaire exerce du contrôle sur les activités qui concernent l'élaboration et l'évaluation des normes de qualité concernant la pratique infirmière ainsi que l'appréciation du rendement de personnel.

Une divergence de perception entre les infirmières et les gestionnaires est notée en regard des activités clinico-administratives en lien avec les questions 10 et 12 qui portent sur l'avancement professionnel des infirmières et du personnel de soins ainsi que sur la sélection des produits utilisés dans la prestation de soins. On observe une unanimité chez les infirmières pour la question 10 et un fort consensus chez les infirmières pour la question 12 voulant que ces deux activités se retrouvent essentiellement sous le contrôle du gestionnaire. Cependant, la majorité des gestionnaires pensent plutôt que ces deux activités sont également partagées entre l'infirmière et le gestionnaire. Une différence de perception est aussi observée quant à la question 13. Les données témoignent que 6 infirmières ne savent pas qui exerce le contrôle dans l'intégration des résultats de recherche en sciences infirmières dans la pratique de soins comparativement à 5 gestionnaires qui pensent que cette activité est contrôlée essentiellement par les gestionnaires.

La figure 1 permet de comparer les proportions de répondants pour l'ensemble des réponses apportées par les infirmières de l'unité de médecine et par les gestionnaires à chacune des questions ayant servi à mesurer la perception des répondants en lien avec l'implication mutuelle au regard de la dimension du contrôle exercé par les infirmières et les

gestionnaires sur différentes activités clinico-administratives reliées à la pratique de soins au sein de l'établissement.

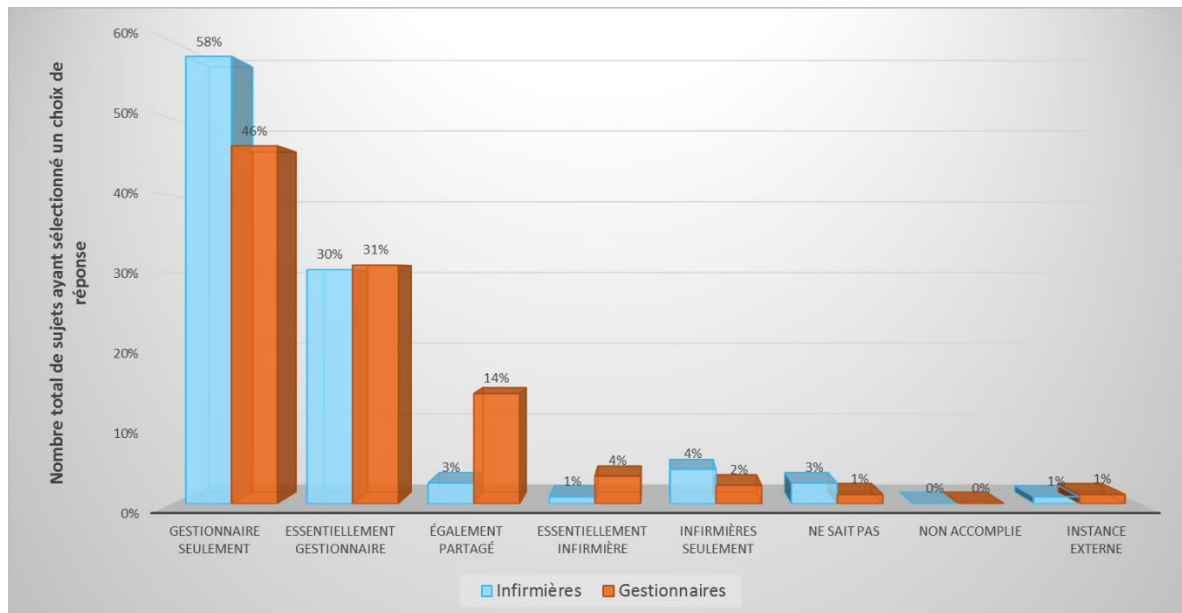


Figure 1. Proportions des réponses apportées à chacun des choix de réponses ayant servi à mesurer la perception des infirmières et des gestionnaires au regard de l'implication mutuelle quant au contrôle exercé sur les activités clinico-administratives, au sein de l'établissement

Dans l'ensemble, les données démontrent que les infirmières et les gestionnaires ont une perception semblable selon laquelle le gestionnaire exerce le plus grand contrôle sur les activités clinico-administratives, au sein de l'établissement. En effet, 88 % des réponses obtenues par les infirmières et 77 % des réponses obtenues par les gestionnaires démontrent que c'est le gestionnaire seulement, ou essentiellement le gestionnaire, qui exerce le plus grand contrôle sur les activités clinico-administratives. Une très faible proportion des réponses des infirmières (1 %) et des gestionnaires (4 %) précise qu'un contrôle est exercé essentiellement par l'infirmière. Les données de la figure 1 illustrent aussi une différence de perception chez les répondants, indiquant que le contrôle exercé sur les activités clinico-administratives est également partagé entre l'infirmière et le gestionnaire. Conséquemment,

14 % des réponses des gestionnaires, comparativement à 3 % des réponses des infirmières, expriment que le contrôle, au sein de l'établissement, est également partagé entre l'infirmière et le gestionnaire.

4.2.2 La perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de l'influence exercée sur la gestion des ressources nécessaires à la pratique de soins

Le tableau 9 présente la distribution de fréquences des réponses obtenues pour les sept questions qui ont servi à la mesure de la perception des infirmières et celle des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la dimension de l'influence exercée par les infirmières et les gestionnaires sur différentes activités clinico-administratives reliées la gestion des ressources nécessaires à la pratique de soins au sein de l'établissement.

Tableau 9. Distribution de fréquences des réponses des infirmières et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard de l'influence exercée par les infirmières et par les gestionnaires sur les activités clinico-administratives reliées à la gestion des ressources nécessaires à la pratique de soins au sein de l'établissement

	Gestionnaire seulement	Essentiellement gestionnaire	Également partagé	Essentiellement infirmière	Infirmières seulement	Ne sait pas	Non accomplie	Instance externe	<i>n</i>
Activités clinico administratives	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G
1 Les horaires du personnel de soins	8 / 2	0 / 1	0 / 2	0 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
2 La détermination du nombre et du type de personnel requis	2 / 0	5 / 5	0 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 0	8 / 6
3 Les mécanismes d'ajustement du personnel	2 / 0	6 / 4	0 / 1	0 / 0	0 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
4 L'assignation quotidienne des patients des infirmières auxiliaires	0 / 1	1 / 1	1 / 0	2 / 3	4 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
5 L'inventaire des commandes et des fournitures	2 / 0	0 / 1	2 / 1	3 / 3	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
6 Le débit des admissions/transferts/départs	0 / 2	2 / 2	2 / 0	2 / 1	2 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 1	8 / 6
7 La détermination des budgets annuels, des ressources requises, de l'achat des fournitures et des programmes de formation	8 / 3	0 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
Nombres total d'occurrences	22 / 8	14 / 17	5 / 5	7 / 8	7 / 3	0 / 0	0 / 0	1 / 1	56 / 42
Proportions de répondants	39% / 19%	25% / 40%	9% / 12%	13% / 19%	13% / 7%	0% / 0%	0% / 0%	2% / 2%	100% / 100%

Légende : I : Infirmière, G : Gestionnaire

Les données obtenues pour les questions 1 et 7 illustrent de façon claire que les infirmières perçoivent unanimement que le gestionnaire seulement exerce une influence sur ces activités. Les données obtenues à la question 1, qui concerne les horaires du personnel de soins, démontrent une ambiguïté quant à la perception des gestionnaires puisqu'aucun consensus ne peut être dégagé. Les gestionnaires révèlent une perception qui se rapproche de celle des infirmières concernant la question 7 qui porte sur la détermination des budgets annuels, des ressources requises, de l'achat de fournitures et des programmes de formation. En effet, la totalité des infirmières et des gestionnaires reconnaissent que le gestionnaire exerce, au sein de l'établissement, la plus grande influence sur cette activité clinico-administrative. La distribution de fréquences aux questions 2 et 3 montre que la majorité des infirmières et des gestionnaires partagent la même perception, soit celle que l'influence sur ces activités est exercée essentiellement par le gestionnaire sur la détermination et le type de personnel requis ainsi que sur les mécanismes d'ajustement du personnel. Quant aux données obtenues à la question 4, elles indiquent une divergence de perception entre les infirmières et les gestionnaires sur l'assignation quotidienne des patients aux infirmières auxiliaires. En effet, la moitié des infirmières croient que l'influence sur cette activité est exercée par l'infirmière seulement tandis que la moitié des gestionnaires perçoit plutôt que l'influence est exercée essentiellement par l'infirmière. Finalement, les réponses apportées à la question 6 démontrent une divergence de perception tant chez les infirmières que chez les gestionnaires à savoir qui exerce une influence sur le débit des admissions, des transferts et des départs.

La figure 2 permet de comparer les proportions du nombre de répondants pour l'ensemble des réponses apportées par les infirmières de l'unité de médecine et par les gestionnaires à chacune des questions ayant servi à mesurer la perception des répondants en lien avec l'implication mutuelle au regard de la dimension de l'influence exercée par les infirmières et les gestionnaires sur différentes activités clinico-administratives reliées à la gestion des ressources nécessaires à la pratique de soins au sein de l'établissement.

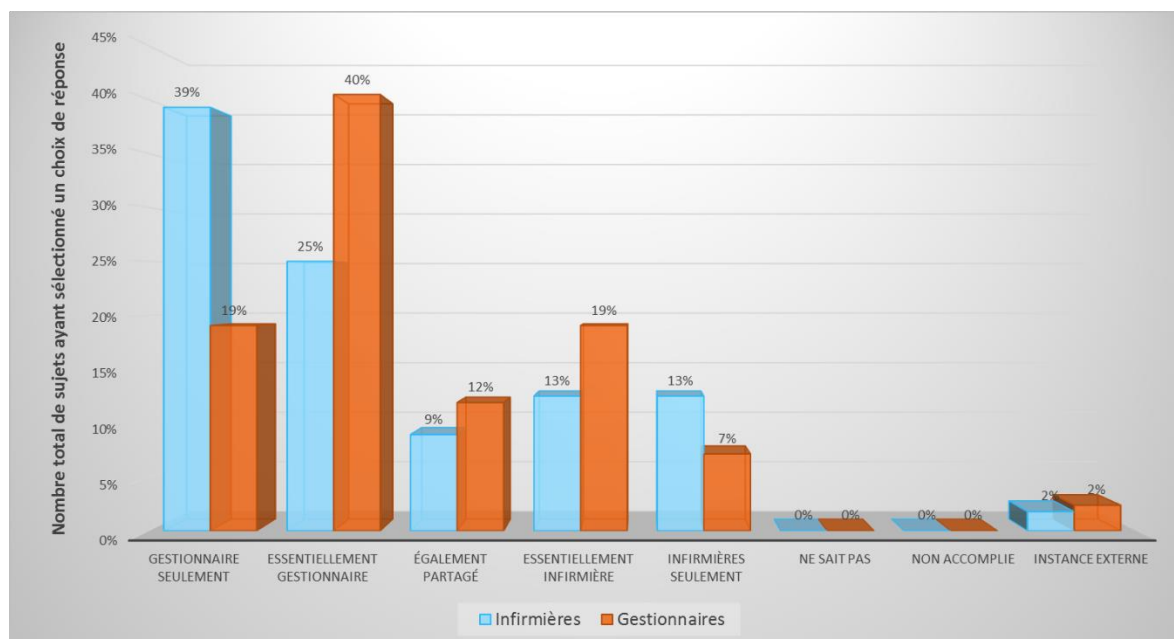


Figure 2. Proportions des réponses apportées à chacun des choix de réponses ayant servi à mesurer la perception des infirmières et des gestionnaires quant à l'implication mutuelle au regard de l'influence exercée sur les activités clinico-administratives reliées à la gestion des ressources nécessaires à la pratique de soins au sein de l'établissement

De façon générale, on observe une proportion de 64 % des réponses des infirmières et de 59 % des réponses des gestionnaires qui perçoivent que le gestionnaire seulement ou que le gestionnaire essentiellement exerce une influence sur l'ensemble des activités clinico-administratives au sein de l'établissement. De façon plus spécifique, les données illustrées par la figure 2 démontrent cependant une divergence de perception considérable entre les répondants. En effet, 19 % des réponses de gestionnaires démontrent, qu'au sein de l'établissement, l'influence sur les activités clinico-administratives est exercée par le gestionnaire seulement comparativement à 39 % des réponses des infirmières, soit le double. À l'inverse, les données indiquent qu'une proportion de 40 % des réponses des gestionnaires précise que l'influence sur les activités clinico-administratives est exercée essentiellement par le gestionnaire tandis que cette perception s'avère partagée par 25 % selon les réponses des infirmières.

4.2.3 La perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la reconnaissance organisationnelle exercée sur la pratique de soins

Le tableau 10 présente la distribution de fréquences des réponses obtenues pour les dix-sept questions qui ont servi à la mesure de la perception des infirmières et celle des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la dimension de la reconnaissance organisationnelle. La reconnaissance organisationnelle correspond à la latitude que l'organisation consent aux infirmières et aux gestionnaires afin d'exercer une autorité officielle sur différentes activités clinico-administratives au sein de l'établissement.

Tableau 10. Distribution de fréquences des réponses des infirmières et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard de la reconnaissance organisationnelle permettant aux infirmières et aux gestionnaires d'exercer une autorité officielle sur les activités clinico-administratives au sein de l'établissement

	Gestionnaire seulement	Essentiellement gestionnaire	Égale- ment partagé	Essentiellement infirmière	Infirmières seulement	Ne sait pas	Non accomplie	Instance externe	<i>n</i>
Activités clinico administratives	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G
1 L'élaboration des politiques et des procédures	6 / 6	2 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
2 L'élaboration des normes et des standards de soins	2 / 5	5 / 1	1 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
3 La détermination des niveaux de qualification pour l'embauche d'infirmières à différents postes	7 / 6	1 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
4 L'élaboration des procédures pour l'appréciation du personnel	6 / 5	2 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
5 L'élaboration de la structure organisationnelle et hiérarchique	6 / 6	2 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
6 L'élaboration des règles de fonctionnement de l'organisation du travail	2 / 3	5 / 1	1 / 2	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
7 La détermination des ressources matérielles et financières	8 / 4	0 / 2	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
8 L'élaboration des procédures d'embauche et de mobilité du personnel	8 / 6	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
9 L'élaboration des qualifications requises pour un poste de gestion ou d'AIC	8 / 6	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
10 L'élaboration des procédures pour les horaires de travail du personnel de soins	8 / 3	0 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
11 La détermination du nombre et du type de personnel requis	5 / 4	2 / 2	0 / 0	1 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
12 Les mécanismes d'ajustement du personnel en fonction de l'intensité de soins requis	2 / 4	6 / 1	0 / 0	0 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
13 La détermination des critères d'assignation des patients au quotidien	2 / 2	1 / 0	0 / 0	2 / 4	3 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
14 L'élaboration des pratiques quotidiennes pour procéder à l'inventaire et aux commandes des fournitures	2 / 2	3 / 1	1 / 0	0 / 1	1 / 1	1 / 0	0 / 0	0 / 1	8 / 6
15 La gestion des admissions/départs/transferts	1 / 5	5 / 1	0 / 0	0 / 0	1 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 0	8 / 6
16 La planification annuelle des budgets des ressources humaines et matérielles	7 / 5	0 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 0	8 / 6
17 L'accès aux unités de soins	5 / 3	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
Nombres total d'occurrences	85 / 75	37 / 17	3 / 2	3 / 6	5 / 1	1 / 0	0 / 0	2 / 1	136 / 102
Proportions de répondants	63% / 74%	27% / 17%	2% / 2%	2% / 6%	4% / 1%	1% / 0%	0% / 0%	1% / 1%	100% / 100%

Légende : I : Infirmière, G : Gestionnaire

Les données obtenues pour les questions 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 et 17 démontrent un fort consensus chez les deux types de répondants indiquant que les gestionnaires jouissent de la reconnaissance organisationnelle nécessaire leur permettant d'exercer une autorité officielle sur certaines activités clinico-administratives au sein de l'établissement telles que l'élaboration de politiques, de procédures diverses ainsi que de la structure organisationnelle hiérarchique, la détermination des niveaux de qualification pour l'embauche d'infirmières à différents postes dont un poste de gestion et la détermination des ressources matérielles et financières. Par ailleurs, les données colligées à la question 14 démontrent une divergence d'opinions, tout de même assez minime, entre les infirmières et les gestionnaires à savoir qui des deux groupes dispose de la reconnaissance organisationnelle nécessaire afin d'exercer une autorité officielle sur l'élaboration des pratiques quotidiennes pour procéder à l'inventaire et aux commandes des fournitures.

La figure 2 permet de comparer les proportions du nombre de répondants pour l'ensemble des réponses apportées par les infirmières de l'unité de médecine et par les gestionnaires à chacune des questions ayant servi à mesurer la perception des répondants en lien avec leur implication mutuelle en regard de la dimension de la reconnaissance organisationnelle qui permet d'exercer une autorité officielle par les infirmières et les gestionnaires sur différentes activités clinico-administratives reliées à la pratique de soins au sein de l'établissement.

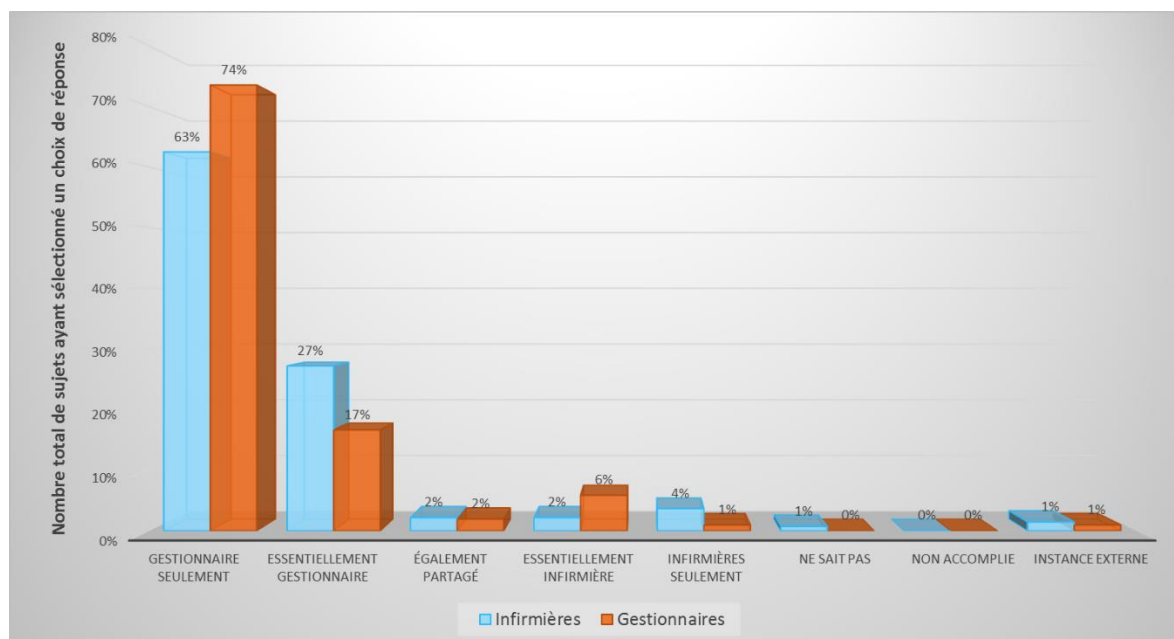


Figure 3. Proportions des réponses apportées à chacun des choix de réponses ayant servi à mesurer la perception des infirmières et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la reconnaissance organisationnelle permettant d'exercer l'autorité officielle sur les activités clinico-administratives au sein de l'établissement

De façon générale, les données de la figure 3 démontrent des perceptions semblables chez les infirmières et les gestionnaires quant à cette dimension. En effet, une très large proportion des réponses des infirmières (90 %) et des réponses des gestionnaires (81 %) démontrent que l'organisation consent au gestionnaire seulement ou essentiellement au gestionnaire la reconnaissance organisationnelle nécessaire pour exercer une autorité officielle sur différentes activités clinico-administratives au sein de l'établissement.

4.2.4 La perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la participation exercée sur la prise de décision

Le tableau 11 présente la distribution de fréquences des réponses obtenues pour les six questions qui ont servi à la mesure de la perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la dimension de la participation des infirmières et des gestionnaires aux différentes structures qui facilitent la prise de décision quant à différentes activités clinico-administratives au sein de l'établissement.

Tableau 11. Distribution de fréquences des réponses des infirmières et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard de la participation à la prise de décision par les infirmières et par les gestionnaires sur les activités clinico-administratives au sein de l'établissement

	Gestionnaire seulement	Essentiellement gestionnaire	Également partagé	Essentiellement infirmière	Infirmières seulement	Ne sait pas	Non accomplie	Instance externe	<i>n</i>
Activités clinico administratives	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G
1 La participation à des comités de travail sur la pratique de soins	0 / 0	0 / 0	7 / 1	0 / 5	0 / 0	1 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
2 La participation à des comités de travail sur des problèmes de gestion	5 / 2	2 / 2	1 / 0	0 / 2	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
3 La participation à des comités de travail sur l'organisation des modes de prestation de soins	4 / 0	2 / 2	1 / 2	1 / 1	0 / 0	0 / 1	0 / 0	0 / 0	8 / 6
4 La participation à des comités autres que des comités de travail	0 / 0	2 / 0	5 / 1	1 / 5	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
5 La participation à des comités multidisciplinaires	1 / 0	1 / 0	4 / 1	1 / 5	0 / 0	1 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
6 La participation à des rencontres administratives concernant la planification stratégique	8 / 0	0 / 3	0 / 2	0 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
Nombres total d'occurrences	18 / 2	7 / 7	18 / 7	3 / 19	0 / 0	2 / 1	0 / 0	0 / 0	48 / 36
Proportions de répondants	38% / 6%	15% / 19%	38% / 19%	6% / 53%	0% / 0%	4% / 3%	0% / 0%	0% / 0%	100% / 100%

Légende : I : Infirmière, G : Gestionnaire

Les données du tableau 11 démontrent pour les questions 1, 4 et 5 un fort consensus chez les infirmières précisant que selon elles la participation à différents comités leur permettant de prendre part aux décisions se trouve également partagée entre l'infirmière et le gestionnaire, comparativement à la majorité des gestionnaires qui pense que c'est essentiellement l'infirmière qui y participe. Les données recueillies à la question 6 indiquent une divergence de perception chez les deux types de répondants. En effet, les données révèlent que les infirmières partagent la perception, de façon unanime, que le gestionnaire seulement participe à des rencontres administratives concernant la planification stratégique comparativement à la moitié des gestionnaires qui pensent plutôt que cette participation est également partagée entre le gestionnaire et l'infirmière ou encore que seulement l'infirmière y participe. Les données démontrent aussi une unanimité chez l'ensemble des répondants puisque ni les infirmières et ni les gestionnaires interrogés ont répondu que seule l'infirmière participait aux différentes structures lui permettant de prendre part à des décisions en lien avec certaines activités clinico-administratives.

La figure 4 permet de comparer les proportions du nombre de répondants pour l'ensemble des réponses apportées par les infirmières de l'unité de médecine et par les gestionnaires à chacune des questions ayant servi à mesurer la perception des répondants en lien avec leur implication mutuelle au regard de la dimension de la participation permettant de prendre part à des décisions en lien avec les activités clinico-administratives reliées à la pratique de soins au sein de l'établissement.

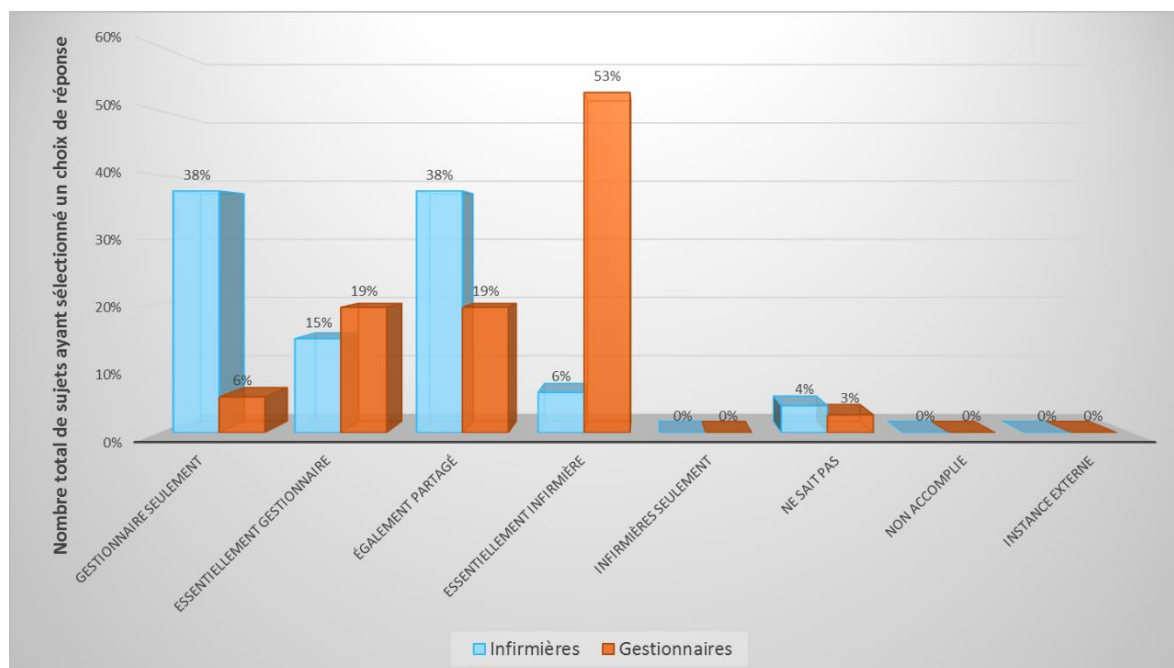


Figure 4. Proportions des réponses apportées à chacun des choix de réponses ayant servi à mesurer la perception des infirmières et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la participation à la prise de décision exercée sur les activités clinico-administratives au sein de l'établissement

De façon générale, les données illustrées par la figure 4 démontrent que les infirmières et les gestionnaires perçoivent de façon différente leur implication au regard de participation à la prise de décision au sein de différentes structures à l'intérieur de l'établissement. Encore une fois, la perception des gestionnaires se révèle différente de celle des infirmières puisque 53 % des réponses des gestionnaires précisent que c'est l'infirmière essentiellement qui participe à des comités facilitant ainsi la prise de décision tandis que cette perception est partagée par seulement 6 % des réponses obtenues par les infirmières. Il existe, par ailleurs, une autre différence de perception à l'égard de la participation aux différents comités, car 38 % des réponses obtenues des gestionnaires, comparativement à 19 % des réponses obtenues des infirmières, démontrent que la participation à différents comités se situe de façon égale entre l'infirmière et le gestionnaire. Finalement, la figure 4 illustre des

perceptions semblables à l'égard de la participation des infirmières quant aux prises de décision puisqu'aucune infirmière et aucun gestionnaire pensent que seule l'infirmière participe aux prises de décision concernant différentes activités clinico-administratives au sein de l'établissement.

4.2.5 La perception des infirmières et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de l'accès à l'information au sein de l'établissement

Le tableau 12 présente la distribution de fréquences des réponses obtenues pour les quinze questions qui ont servi à la mesure de la perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la dimension de l'information accessible aux infirmières et aux gestionnaires concernant différentes activités clinico-administratives au sein de l'établissement.

Tableau 12. Distribution de fréquences des réponses des infirmières et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard de l'accès à l'information par les infirmières et par les gestionnaires concernant des activités clinico-administratives au sein de l'établissement

	Gestionnaire seulement	Essentiellement gestionnaire	Également partagé	Essentiellement infirmière	Infirmières seulement	Ne sait pas	Non accomplie	Instance externe	<i>n</i>
Activités clinico administratives	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G
1 L'information relative à la qualité des soins	0 / 1	2 / 2	6 / 1	0 / 2	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
2 L'information relative à la réglementation de la pratique de soins	3 / 0	0 / 0	5 / 3	0 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
3 L'information relative aux budgets et aux dépenses du CSSS	6 / 4	1 / 2	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
4 L'information relative au statut financier du CSSS	7 / 2	0 / 2	0 / 2	0 / 0	0 / 0	1 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
5 L'information relative à la planification stratégique de l'unité de soins	4 / 1	3 / 3	1 / 1	0 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
6 L'information relative à la planification stratégique du CSSS	6 / 0	1 / 1	0 / 4	0 / 1	0 / 0	1 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
7 L'information relative à l'assurance chômage	6 / 3	0 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 0	0 / 0	1 / 0	8 / 6
8 L'information relative aux résultats de sondage sur la satisfaction des employés	4 / 0	2 / 0	1 / 4	0 / 2	0 / 0	1 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
9 L'information relative à la satisfaction sur la collaboration professionnelle	3 / 1	2 / 0	2 / 1	0 / 2	0 / 0	1 / 2	0 / 0	0 / 0	8 / 6
10 L'information relative au taux de temps supplémentaire	8 / 3	0 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8 / 6
11 L'information relative aux résultats de sondage sur la satisfaction des infirmières face à leur pratique de soins	4 / 0	1 / 1	2 / 3	0 / 1	1 / 0	0 / 1	0 / 0	0 / 0	8 / 6
12 L'information relative aux résultats de sondage sur la satisfaction des infirmières face à leur salaire	3 / 0	1 / 1	1 / 0	0 / 0	0 / 1	1 / 3	1 / 1	1 / 0	8 / 6
13 L'information relative aux opinions des gestionnaires face à la pratique de soins	3 / 1	1 / 2	0 / 0	0 / 0	0 / 0	2 / 2	2 / 1	0 / 0	8 / 6
14 L'information relative aux opinions de l'équipe médicale face à la pratique de soins	4 / 1	0 / 1	2 / 1	0 / 2	0 / 0	0 / 0	2 / 1	0 / 0	8 / 6
15 L'information relative aux ressources informationnelles scientifiques	0 / 0	0 / 0	5 / 5	0 / 1	0 / 0	1 / 0	2 / 0	0 / 0	8 / 6
Nombres total d'occurrences	61 / 17	14 / 21	25 / 25	0 / 15	1 / 1	10 / 8	7 / 3	2 / 0	120 / 90
Proportions de répondants	51% / 19%	12% / 23%	21% / 28%	0% / 17%	1% / 1%	8% / 9%	6% / 3%	2% / 0%	100% / 100%

Légende : I : Infirmière, G : Gestionnaire

Les données du tableau 12 démontrent un fort consensus chez les deux groupes consultés à l'effet que le gestionnaire seulement, ou essentiellement le gestionnaire, a accès à l'information concernant les activités associées aux questions 3, 5, 7 et 10 qui se réfèrent aux informations relatives au budget et aux dépenses, à la planification stratégique de l'unité de soins, à l'assurance-chômage ainsi qu'au taux de temps supplémentaire. Le tableau 12 indique également un fort consensus, tant chez les infirmières que chez les gestionnaires, à l'égard de la question 15. En effet, les données illustrent pour cette question que les deux types de répondants perçoivent que l'accès à l'information relative aux ressources scientifiques est également partagé entre l'infirmière et le gestionnaire. Par ailleurs, les données montrent des divergences de perceptions entre les gestionnaires et les infirmières pour les questions 4, 6, 8 et 11 portant sur l'accès aux informations qui touchent le statut financier de l'établissement, la planification stratégique et les résultats de sondage de satisfaction. Plus de la majorité des infirmières, en regard de ces questions, pensent que seul le gestionnaire a accès à ces informations tandis que la majorité des gestionnaires pensent plutôt que l'accès à ces informations demeure partagé de façon égale entre l'infirmière et le gestionnaire. Finalement, les données révèlent aussi une importante différence de perceptions chez les répondants en lien avec le fait que c'est essentiellement l'infirmière qui a accès aux informations relatives précisées par les questions 1, 2, 5, 6, 8, 9, 11, 14 et 15 soit l'information relative à la qualité des soins, à la réglementation de la pratique de soins, à la planification stratégique de l'unité de soins et du CSSS, aux différents résultats de sondage au regard de la satisfaction ainsi qu'à celle concernant les ressources informationnelles scientifiques. En effet, aucune infirmière n'a répondu qu'au sein de leur établissement c'est essentiellement l'infirmière qui a accès à ces informations et cela, contrairement à un petit nombre de gestionnaires (1 à 3 gestionnaires) qui pensent que c'est essentiellement l'infirmière qui a accès ces informations.

La figure 5 permet de comparer les proportions du nombre de répondants pour l'ensemble des réponses apportées par les infirmières de l'unité de médecine et par les gestionnaires à chacune des questions ayant servi à mesurer la perception des répondants en lien avec leur implication mutuelle au regard de la dimension de l'information accessible aux

infirmières et aux gestionnaires relativement à différentes activités clinico-administratives au sein de l'établissement.

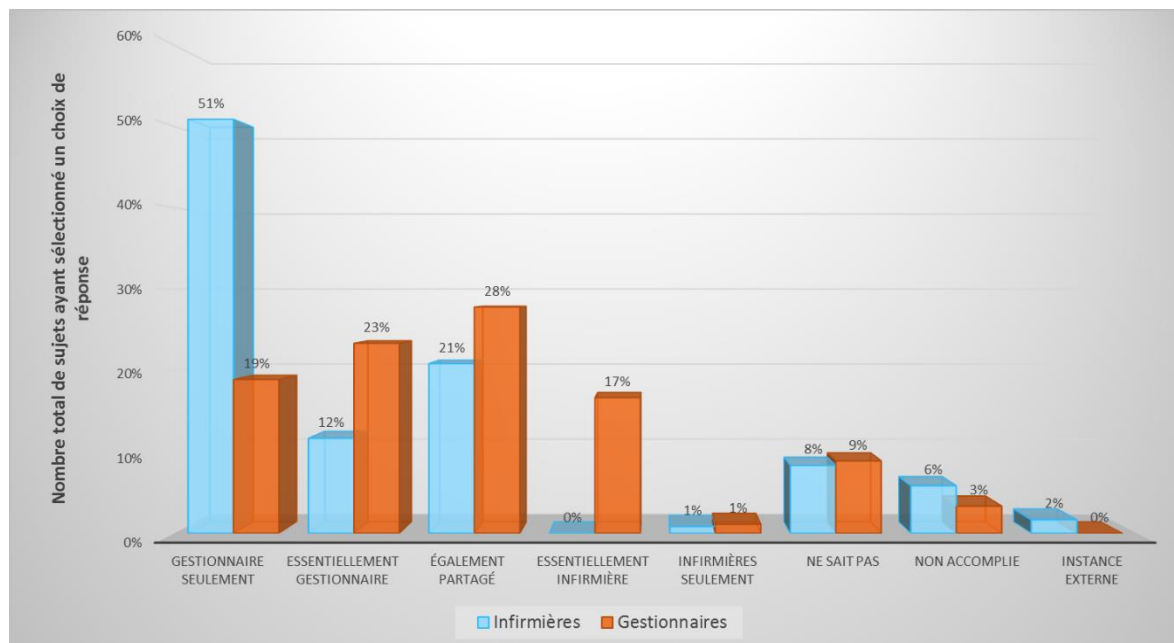


Figure 5. Proportions des réponses apportées à chacun des choix de réponses ayant servi à mesurer la perception des infirmières et des gestionnaires en lien avec leur implication mutuelle au regard de l'accès à l'information relative aux différentes activités clinico-administratives au sein de l'établissement.

De façon générale, les données illustrées par la figure 5 démontrent que les infirmières et les gestionnaires ne partagent pas la même perception en regard du groupe ayant accès à l'information en lien avec certaines activités clinico-administratives, entre autres celles relatives portant sur l. En effet, 63 % des réponses des infirmières, démontrent que le gestionnaire seulement, ou le gestionnaire essentiellement à accès à certaines informations relatives au statut financier de l'établissement, à la planification stratégique, à l'assurance-chômage, au taux de temps supplémentaire ainsi qu'à différents résultats de sondages de satisfaction, et cela comparativement à 42 % des réponses obtenues de la part des gestionnaires. De façon plus spécifique, plus de la moitié des réponses des infirmières (51 %)

comparativement à une plus petite proportion des réponses des gestionnaires (19 %) viennent démontrer que le gestionnaire seulement a accès à l'information en lien avec certaines activités au sein de l'établissement. Il existe également une différence de perceptions, entre les deux groupes consultés, sur le fait que l'infirmière essentiellement a accès à l'information. En ce sens, les données indiquent que 17 % des réponses des gestionnaires précisent que c'est essentiellement l'infirmière qui a accès à l'information relative à des activités clinico-administratives touchant la qualité et la pratique de soins tandis qu'aucune infirmière ne partage cette perception. Finalement, la perception des deux groupes se rejoint avec une faible proportion de 1 % des réponses des infirmières et 1 % des réponses des gestionnaires qui considèrent que l'infirmière seulement a accès à l'information relative à certaines activités clinico-administratives.

4.2.6 La perception des infirmières et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard des cinq dimensions du concept de la gestion partagée au sein de leur établissement

Le tableau 13 présente la distribution de fréquences des réponses obtenues pour l'ensemble des 59 questions qui ont servi à la mesure de la perception des infirmières et celle des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la gestion des soins infirmiers à travers les cinq dimensions du concept de la gestion partagée telles que définies par Hess (1994) à savoir 1) le contrôle du professionnel sur sa pratique de soins, 2) l'influence du professionnel sur la gestion des ressources nécessaires à sa pratique professionnelle, 3) la reconnaissance organisationnelle quant au contrôle et à l'influence du professionnel sur sa pratique de soins, 4) la structure qui facilite la participation à la prise de décision et finalement 5) l'accès à l'information.

Tableau 13. Distribution de fréquences des réponses des infirmières et des gestionnaires lors de la mesure de leurs perceptions quant à leur implication mutuelle au regard des cinq dimensions du concept de la gestion partagée concernant les activités clinico-administratives au sein de l'établissement

	Gestionnaire seulement	Essentiellement gestionnaire	Également partagé	Essentiellement infirmière	Infirmières seulement	Ne sait pas	Non accompli	Instance externe	<i>n</i>
Dimensions de la gestion partagée	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G	I / G
1 Le contrôle du professionnel sur sa pratique de soins	65 / 39	34 / 26	3 / 12	1 / 3	5 / 2	3 / 1	0 / 0	1 / 2	112 / 85
2 L'influence du professionnel sur la gestion des ressources nécessaires à sa pratique professionnelle	22 / 8	14 / 17	5 / 5	7 / 8	7 / 3	0 / 0	0 / 0	1 / 1	56 / 42
3 La reconnaissance organisationnelle quant au contrôle et à l'influence du professionnel sur sa pratique de	85 / 75	37 / 17	3 / 2	3 / 6	5 / 1	1 / 0	0 / 0	2 / 1	136 / 102
4 La structure qui facilite la participation à la prise de décision	19 / 2	7 / 7	17 / 7	3 / 19	0 / 0	2 / 1	0 / 0	0 / 0	48 / 36
5 Accès à l'information concernant les activités clinico-administratives	61 / 17	14 / 21	25 / 25	0 / 15	1 / 1	10 / 8	7 / 3	2 / 0	120 / 90
Nombres total d'occurrences	252 / 141	106 / 88	53 / 51	14 / 51	18 / 7	16 / 10	7 / 3	6 / 4	472 / 355
Proportions de répondants	53% / 40%	22% / 25%	11% / 14%	3% / 14%	4% / 2%	3% / 3%	1% / 1%	1% / 1%	100% / 100%

Légende : I : Infirmière, G : Gestionnaire

Les données du tableau 13 dégagent un fort consensus autant chez les infirmières que chez les gestionnaires. À l'effet, qu'au sein de l'établissement, seulement le gestionnaire est impliqué dans la gestion des soins infirmiers, et cela toute dimension confondue du concept de la gestion partagée. En fait, 53 % des réponses obtenues par les infirmières et 40 % des réponses obtenues par les gestionnaires vont en ce sens. De façon plus précise, les deux groupes interrogés partagent la perception que les dimensions du contrôle, de l'influence et de la reconnaissance organisationnelle sur la pratique de soins relèvent seulement ou essentiellement du gestionnaire.

Néanmoins, on observe des divergences de perceptions, entre les infirmières et les gestionnaires, quant à certaines dimensions. D'abord, à l'égard de la dimension de la participation à la prise de décision par les infirmières et les gestionnaires sur les activités clinico-administratives. En effet, les données révèlent que la majorité des infirmières perçoivent que la participation à la prise de décisions relève du domaine du gestionnaire seulement contrairement aux gestionnaires qui eux, de façon majoritaire, ont la perception que ces fonctions appartiennent essentiellement aux infirmières. Ensuite, les données soulignent une autre différence de perceptions entre les infirmières et les gestionnaires, soit celle à l'égard de la dimension de l'accès à l'information. À ce sujet, il se dégage un très fort consensus chez les infirmières, à savoir que l'accès à l'information en lien avec les activités clinico-administratives est détenu seulement par le gestionnaire contrairement aux gestionnaires interrogés qui croient plutôt que l'information est également partagée entre les deux groupes.

Le chapitre suivant portera sur la discussion au regard des données qualitatives et quantitatives obtenues en réponse aux deux questions de recherche posées.

CHAPITRE 5

LA DISCUSSION

Le chapitre 5 a pour but de discuter de l'analyse des données obtenues en réponse aux deux questions de recherche posées. De façon plus spécifique les sujets discutés dans ce chapitre se déclineront comme suit : 1) le devis de recherche, 2) les perceptions des infirmières concernant les facteurs d'influence quant à leur implication lors de la gestion du changement identifiés dans cette étude de cas, 3) les concepts de leadership et de gestion partagée lors de la gestion d'un changement organisationnel et finalement, 6) les différentes recommandations émises par l'étudiante-chercheuse.

5.1 LE DEVIS DE RECHERCHE

Le cas retenu pour cette étude consistait en une fusion de deux unités de soins d'un centre hospitalier qui a finalement déclenché une crise importante et médiatisée chez les infirmières ayant subi ce changement organisationnel. Pour bien comprendre l'expérience vécue par les infirmières ainsi que le contexte dans lequel ce changement s'est implanté, l'étudiante-chercheuse a retenu l'étude de cas comme devis de recherche. Ce type de devis de recherche permettait l'intégration de deux approches simultanées, soit une approche qualitative et une approche quantitative. Le choix des approches qualitatives et quantitatives s'est avéré un choix pertinent pour comprendre le phénomène à l'étude puisqu'il a permis une triangulation des données par 1) des entrevues semi-dirigées et d'un questionnaire autoadministré, et 2) des sources différentes, en l'occurrence l'utilisation d'un questionnaire autoadministré auprès des infirmières et des gestionnaires.

Les sections suivantes discuteront du choix de l'étude de cas, des approches qualitative et quantitative ainsi que des échantillons qui ont permis de répondre aux deux questions de recherche.

5.1.1 L'étude de cas

L'étudiante-chercheuse, en se penchant sur la problématique vécue au sein de l'établissement, souhaitait d'abord approfondir sa compréhension de la perception des infirmières quant aux différents facteurs qui avaient influencé positivement ou négativement leur implication au regard de la fusion des deux unités de soins, et par le fait même comprendre les éléments contextuels qui ont contribué à générer la crise organisationnelle vécue au sein de l'établissement. Le choix de l'étude de cas permettait donc une description et une analyse plus approfondie et holistique du phénomène circonscrit (Yin, 1994). L'étude de cas a permis de proposer, selon le vécu des infirmières, une explication empirique au regard des différents facteurs ayant influencé positivement ou négativement leur implication lors de chacune des trois grandes étapes de la gestion du changement organisationnel, soit 1) la planification, 2) la mise en œuvre et, 3) l'appropriation du changement proposé (Bareil & Savoie, 1999).

5.1.2 L'approche qualitative

L'approche qualitative a été retenue afin de répondre à la première question de recherche qui s'énonçait comme suit : quelle est la perception des infirmières quant aux différents facteurs ayant influencé, positivement ou négativement, leur implication lors de la fusion des deux unités de soins ? L'approche qualitative s'appuyait sur le paradigme constructiviste basé sur le « réel » et qui part du principe que chaque individu élabore son savoir selon sa propre expérience d'un phénomène en tenant compte de ses connaissances et de ses expériences antérieures. En fait, selon ce paradigme il existe de multiples réalités

socialement construites qui ne sont pas gouvernées par des lois naturelles, causales ou d'autres sortes, mais plutôt construites par des individus qui essaient de donner un sens à leur expérience (Avenier, 2011). Le choix de l'approche qualitative a d'abord donné l'occasion à l'étudiante-chercheuse d'étoffer sa compréhension quant à la façon dont les infirmières ont vécu le changement organisationnel. En fait, cela lui a permis d'explorer le sens qu'ont donné les infirmières aux événements reliés à la fusion des unités ainsi qu'aux différents impacts qu'ont eus sur elles certaines actions ou plutôt l'absence d'action de la part des gestionnaires de niveau supérieur et intermédiaire. Le choix de cette approche a également permis une meilleure compréhension des préoccupations des infirmières face au changement mis en place ainsi que des attentes qu'elles entretenaient envers les gestionnaires par rapport à leur implication, et ce, tout au long de l'implantation des différentes étapes de gestion de ce changement organisationnel. Finalement, l'approche qualitative, en mettant l'accent sur l'expérience subjective et le vécu individuel, est venue bonifier l'approche quantitative en permettant de donner un sens à la compilation des données numériques.

5.1.3 L'approche quantitative

L'approche quantitative a permis de répondre à la seconde question de recherche qui s'énonçait comme suit : quelle est la perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la gestion des soins infirmiers au sein de l'établissement ? L'approche quantitative poursuivait le but d'identifier les perceptions des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires quant à leur implication mutuelle au regard de la gestion des soins infirmiers. L'approche quantitative venait donc appuyer l'approche qualitative au regard d'une meilleure compréhension de l'analyse des verbatims par la triangulation des données. En fait, l'approche qualitative permettait d'identifier les perceptions des infirmières quant aux facteurs ayant influencé leur implication lors de la fusion des deux unités de soins et généré une crise tandis que l'approche quantitative tentait de préciser le degré de gestion partagé entre les infirmières et les gestionnaires, reconnu par plusieurs auteurs (Bakewell, 2004 ; Wilson et al., 2014) comme

étant un élément déterminant et contributif au succès de la gestion d'un changement organisationnel.

Au cours de ce projet de recherche, l'étudiante-chercheuse a choisi de ne pas retenir la sixième dimension de Hess (décrite au chapitre 2). Cette dimension aborde le thème des habiletés de négociation patronale et syndicale ainsi que la gestion potentielle de conflits internes. Or, pour l'étudiante-chercheuse cette dimension peut, au sein d'une organisation, toucher bien d'autres sujets que le changement organisationnel. Conséquemment, cette dimension ne s'appliquait pas au contexte de l'étude cas et ne présentait aucun lien pertinent avec l'implication des infirmières lors d'un changement organisationnel.

5.1.4 Échantillons constitués pour répondre aux deux questions de recherche

Deux échantillons ont été nécessaires afin de répondre aux deux questions de recherche. Le paragraphe suivant décrira l'échantillon retenu pour répondre à la première question de recherche.

5.1.4.1 Échantillon retenu pour répondre à la première question de recherche

Cet échantillon se constituait de six infirmières sur une possibilité de treize détenant des postes dans les deux unités de soins à l'origine de la fusion. Au moment de cette fusion, les six infirmières retenues occupaient un poste sur l'une ou l'autre de ces deux unités de soins. Elles ont donc vécu les trois étapes d'implantation du changement organisationnel (la planification, la mise en œuvre et l'appropriation du changement). Par conséquent, elles étaient à même de bien décrire les événements vécus, de partager leur expérience personnelle et ainsi de fournir une réponse probante à la première question de recherche. L'analyse de la convergence des perceptions des infirmières au regard des événements vécus ainsi que la saturation des données lors de l'analyse des verbatims n'ajoutaient rien de plus significatif et de révélateur à la compréhension du phénomène à l'étude.

5.1.4.2 Échantillon retenu pour répondre à la seconde question de recherche

Cet échantillon se constituait de huit infirmières sur une possibilité de dix-huit ainsi que de six gestionnaires de niveau intermédiaire et supérieur sur une possibilité de sept. L'étudiante-chercheuse soutient que l'échantillon se veut représentatif des infirmières et des gestionnaires visés par le changement organisationnel. D'abord, les infirmières recrutées occupaient toutes au moment de l'étude, un poste sur l'unité de médecine (unité issue de la fusion des deux unités de soins). Or, pour que l'échantillon puisse être représentatif, il se constitue d'infirmières qui préalablement occupaient un poste sur l'une ou l'autre des unités impliquées par la fusion. De cette façon, l'échantillon représente la perception des infirmières concernées par la gestion de ce changement organisationnel, et non la perception de l'ensemble des infirmières de l'établissement. Par ailleurs, le fait de pratiquer dans des spécialités médicales différentes peut impliquer pour les infirmières des pratiques de gestion particulière. Ensuite, les six gestionnaires également recrutés pour constituer cet échantillon s'avèrent représentatifs des perceptions de l'ensemble des gestionnaires de visés par le changement puisqu'ils occupaient tous un poste au sein de l'établissement à l'étude et que la majorité d'entre eux comptait plus de cinq années d'ancienneté ce qui permet de croire qu'ils connaissent bien la culture organisationnelle et les pratiques de gestion au regard des soins infirmiers. La section suivante portera sur la discussion relative aux facteurs d'influence perçus par les infirmières lors de la gestion de la fusion des deux unités de soins.

5.2 DISCUSSION RELATIVE AUX FACTEURS D'INFLUENCE PERÇUS PAR LES INFIRMIERES LORS DE LA GESTION DE LA FUSION DES DEUX UNITES DE SOINS

La discussion relative aux facteurs d'influence de la gestion du changement identifiés dans cette étude s'appuiera simultanément et de manière complémentaire sur les données qualitatives et quantitatives. En fait, la discussion du cas à l'étude portera sur la perception des infirmières quant aux principaux facteurs ayant influencé leur implication lors de la

fusion des deux unités de soins et les données quantitatives viendront, tout au long de la discussion, corroborer les données qualitatives en appuyant les différents verbatims. Les données quantitatives sont en lien avec la perception des infirmières de l'unité de médecine et celle des gestionnaires quant à leur degré d'implication mutuelle en regard des activités clinico-administratives au regard des cinq dimensions de la gestion partagée développées par Hess, soit 1) le contrôle du professionnel sur sa pratique de soins, 2) l'influence du professionnel sur la gestion des ressources nécessaires à sa pratique, 3) la reconnaissance organisationnelle quant au contrôle et à l'influence du professionnel, 4) la structure facilitant la participation à la prise de décision et finalement 5) l'accès à l'information. Par ailleurs, les perceptions des infirmières et celles des gestionnaires seront discutées simultanément, et cela tout au long de ce chapitre.

La discussion relative au cas à l'étude s'appuiera sur le cadre de référence retenu pour l'analyse des données. Le cadre de référence a été construit à partir d'une intégration de la théorie de l'approche du changement organisationnel de Champagne & Denis (1990) et de la théorie des phases de préoccupations de Bareil (2004). Telle que décrite au chapitre 2, la théorie des phases de préoccupations de Bareil (2004) explique que tout destinataire touché par le changement aura tendance à suivre une chronologie de cinq à sept phases de préoccupations et cela, tout au long des trois grandes étapes de gestion d'un changement organisationnel. Cependant, Bareil (2004) précise qu'un destinataire pourra vivre simultanément et de façon plus ou moins intense, plusieurs préoccupations appartenant à des phases de préoccupations différentes.

Les sections suivantes discuteront des facteurs d'influence perçus par les infirmières quant à leur implication lors des trois grandes étapes du changement organisationnel soit 1) la planification du changement, 2) la mise en œuvre du changement et 3) l'appropriation du changement (C. Bareil & Savoie, 1999).

5.2.1 Discussion relative aux facteurs d'influence perçus par les infirmières quant à leur implication lors de l'étape de la planification du changement.

Rappelons que l'étape de la planification d'un changement organisationnel se réfère principalement à la création d'un climat de confiance de la part des gestionnaires par des activités d'information, de communication et de consultation des destinataires quant à la légitimité du changement à venir et par la clarification des nouveaux rôles et des responsabilités attendus des destinataires (Champagne, 2002). L'analyse des témoignages des infirmières a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs ayant été perçus comme influençant négativement leur implication lors de la planification du changement organisationnel, dont 1) le manque d'information au sujet du changement à venir, 2) la vision du changement non partagée par les gestionnaires de niveau supérieur, 3) le manque d'appui de la part des gestionnaires de niveau supérieur, 4) l'absence de consultation auprès des infirmières et, 5) le manque de communication. Par ailleurs, les infirmières ont perçu un seul facteur d'influence positive quant à leur implication lors de la planification du changement soit le désir de vouloir acquérir de nouvelles connaissances en lien avec les nouvelles responsabilités attendues. Chacun de ces différents facteurs d'influence est discuté dans les sous-sections suivantes.

5.2.1.1 Le manque d'information au sujet du changement à venir

L'analyse des perceptions des infirmières à l'égard de la planification du changement démontre que les gestionnaires de niveau supérieur du CSSS, possiblement guidés par l'urgence d'agir, ont négligé la mise en place d'un mécanisme de transmission d'informations par rapport au changement à venir. En ce sens, l'infirmière n°2 précise : « *J'aurais aimé être impliquée dans le avant et être informée plus tôt du changement à venir* ». Cette perception des infirmières apparaît cohérente avec le modèle du développement organisationnel de Denis & Champagne (1990) retenu pour l'élaboration du cadre de référence qui soutient qu'un des obstacles au succès de l'implantation d'un changement réside dans une mauvaise transmission ou dans une transmission insuffisante de

l'information au moment de la planification du changement. Dans le cas présent, la plupart des infirmières concernées par le changement ont appris la nouvelle de la fusion des unités de soins de façon informelle par leurs collègues. Selon les témoignages des infirmières, aucune information écrite n'a circulé au sujet de la planification de la fusion des deux unités de soins. Les infirmières témoignent qu'une seule rencontre d'information, à laquelle évidemment les infirmières avaient la responsabilité de se présenter, a eu lieu et cela une fois la décision de la fusion déjà prise. La perception des infirmières quant au manque d'information se confirme également par les données quantitatives recueillies au sujet de la dimension de l'accès à l'information. En effet, les infirmières de l'unité de médecine, mais également les gestionnaires, partagent la perception qu'au sein de l'établissement les infirmières sont tenues à l'écart des informations à portée plus administrative. Malheureusement, l'analyse de ces données va à l'encontre de ce que soutient le Gouvernement du Québec dans son cadre de référence sur la gestion du changement selon lequel le changement souhaité doit d'abord être connu et considéré par les destinataires concernés puisque le succès du changement demeure tributaire de la collaboration des destinataires (Gouvernement, 2015). Philippe (2007) abonde aussi en ce sens, en affirmant qu'un meilleur accès à l'information lors de l'étape de la planification du changement stimule le désir des infirmières à s'investir davantage dans le partage des responsabilités avec les gestionnaires et ainsi contribuer à l'atteinte des objectifs organisationnels.

5.2.1.2 L'absence de partage de la vision du changement organisationnel envisagé

L'analyse de la perception des infirmières révèle que les gestionnaires de niveau supérieur n'ont pas partagé leur vision du changement à venir, ce qui a eu comme effet d'influencer négativement l'implication des infirmières dans tout le processus de fusion des unités de soins. Tel que l'affirment plusieurs auteurs (Denis & Champagne, 1990; Dirks & Ferrin, 2002; Réal Jacob *et al.*, 2008) le partage clair de la vision du changement favorise la création d'un climat de confiance, nécessaire à l'implantation d'un changement. En fait, l'analyse des témoignages des infirmières démontre que les gestionnaires du CSSS se sont

peu soucieux de ce que recommandent certains auteurs (Tremblay *et al.*, 2005), à savoir qu'une vision partagée en regard d'un changement organisationnel rallie les efforts des destinataires, rassemble leurs aspirations, suscite leur adhésion et leur engagement et peut également les amener à prendre certaines initiatives nécessaires pour le succès du changement souhaité.

5.2.1.3 *Le manque d'appui de la part des gestionnaires de niveau supérieur*

Les infirmières considèrent aussi le manque d'appui de la part des gestionnaires comme un facteur d'influence négative quant à leur implication à l'égard du changement organisationnel. L'analyse des témoignages a permis de démontrer que les infirmières ont eu du mal à trouver auprès des gestionnaires des réponses quant aux impacts du changement à venir. À titre d'exemple, le témoignage suivant de l'infirmière n°5 : « *Ma gestionnaire m'écoutait, mais elle ne pouvait répondre à toutes mes questions, car elle-même n'était pas au courant... on ne savait pas vers quoi on s'en allait et c'était apeurant pour moi* ». Ce flou entourant le changement organisationnel a inévitablement créé un sentiment d'insécurité, du désarroi ainsi qu'une certaine difficulté d'adaptation pour quelques infirmières. Ces perceptions vont dans le même sens que Collerette (2008) qui affirme que si les gestionnaires demeurent vagues et laissent les destinataires à eux-mêmes, la difficulté d'adaptation chez les destinataires aura tendance à s'exacerber. Par conséquent, le destinataire court alors le risque de voir fondre son désir de s'impliquer dans le changement et même de s'en désintéresser complètement. Or, les sentiments d'insécurité et de désarroi vécus par les infirmières laissent croire que des préoccupations personnelles émergeaient chez elles et qu'à ce moment, ces infirmières se situaient à la phase des préoccupations centrées sur les destinataires (phase II). Selon Bareil (2004) lors de la phase II, le destinataire se préoccupe surtout de lui et des impacts que le changement aura sur lui directement. Le destinataire s'interroge ainsi sur son rôle, ses responsabilités et son statut au sein de l'organisation. Plusieurs auteurs soutiennent que la clarification des rôles et des responsabilités attendus de la part des destinataires, à l'aide de descriptions concrètes et précises, s'avère une action incontournable des gestionnaires et constitue une façon d'accompagner les destinataires dans

le changement (Casida & Pinto-Zipp, 2008; P. Colletette, 2008b; Denis & Champagne, 1990; McGuire & Kennerly, 2006).

Dans la présente étude de cas, l'étudiante-chercheuse convient qu'il n'appartenait pas nécessairement aux gestionnaires de niveau supérieur de définir les détails opérationnels qu'entraînait la fusion des deux unités de soins. Ils avaient cependant la responsabilité de s'assurer que l'information au sujet de la clarification des rôles et des responsabilités attendus des infirmières se transmette aux différents paliers organisationnels. De plus, par un appui et un accompagnement soutenu aux destinataires, les gestionnaires auraient augmenté de façon appréciable les probabilités de succès de l'implantation d'un changement (P. Colletette *et al.*, 2006; Mourier & Smith, 2001). Par ailleurs, la majorité des infirmières interrogées ont exprimé l'importance de la disponibilité et de l'écoute du gestionnaire de niveau intermédiaire dans l'expression de leurs besoins à l'égard du changement. Cela s'apparente bien avec les résultats d'une étude qui décrit que les infirmières-chefs sont perçues comme un soutien pour les infirmières lorsqu'elles adoptent une attitude qui se veut protectrice envers leur équipe (Lindholm *et al.*, 2000). Or, les différents témoignages des infirmières démontrent plutôt que l'appui s'est manifesté entre collègues. Les propos suivants rapportés par l'infirmière n°4 : « *On se tenait les uns les autres. C'est nous l'équipe qui nous sommes soutenus. On parlait, on discutait, on s'appuyait beaucoup* » laissent croire que l'appui apporté par les infirmières entre elles-mêmes a été une façon de pallier le manque d'appui perçu de la part des gestionnaires. Les données qualitatives recueillies démontrent qu'un certain mouvement de solidarité s'est créé au sein des infirmières possiblement dans un but de s'adapter mutuellement à la nouvelle réalité.

5.2.1.4 *L'absence de consultation des infirmières de la part des gestionnaires de niveau supérieur*

L'analyse des propos recueillis démontre une absence totale de consultation, de la part des gestionnaires, auprès des infirmières. Cela malgré le fait que plusieurs auteurs (Chantal Viens *et al.*, 2005) soutiennent qu'un processus de consultation représente un facteur clé de

succès qui facilite l'implantation d'un changement organisationnel. Les témoignages des infirmières mentionnent que les gestionnaires, possiblement guidés par l'urgence d'agir ou par une méconnaissance des principes du processus de la consultation, ont escamoté ce processus. Selon Viens *et al.*, (2005) le processus de consultation des destinataires se veut une façon efficace de les impliquer, entre autres en gagnant leur confiance et en suscitant chez-elle un certain engagement envers le changement. L'analyse des données qualitatives quant à l'absence de consultation de la part des gestionnaires s'apparente aux données quantitatives qui démontrent que selon la perception des infirmières de l'unité de médecine et des gestionnaires, les infirmières exercent très peu d'influence sur la gestion de la plupart des activités clinico-administratives concernant l'organisation du travail et la gestion des différentes ressources. L'absence de consultation des infirmières au sujet de la fusion des deux unités de soins et la faible influence exercée par les infirmières sous-tendent que la structure de gestion actuelle au sein de l'établissement n'accorde pas la place nécessaire à l'implication des infirmières dans un processus de gestion partagée des soins infirmiers. Or, pour que les infirmières puissent exercer une quelconque influence sur la gestion organisationnelle des ressources nécessaires à leur pratique professionnelle, il s'avère essentiel que les gestionnaires considèrent les infirmières comme une richesse professionnelle indispensable, tant à la planification des soins qu'à la prestation sécuritaire des soins aux patients (AIIIC, 2015).

Néanmoins, certaines données quantitatives obtenues au regard de la dimension de l'influence des infirmières laissent croire que le gestionnaire consulte tout de même quelques infirmières de l'unité de soins et se laisse influencer par celles-ci, entre autres au sujet de décisions plus pointues à portée clinico-administrative. Par exemple, ces activités font référence à l'inventaire des commandes et des fournitures ainsi qu'à l'assignation quotidienne du nombre de patients pouvant être sous la responsabilité d'une équipe soignante. L'influence exercée par certaines infirmières sur ces activités crée nécessairement un impact positif sur la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients ainsi que sur l'organisation du travail. En effet, les infirmières détiennent une position privilégiée pour évaluer les besoins des patients et l'intensité de soins requis par ceux-ci.

À la lumière des données collectées, démontrant que le gestionnaire consulte quelques infirmières, l'étudiante-chercheuse soutient l'hypothèse voulant que le gestionnaire de niveau intermédiaire consulte les assistantes-infirmières-chefs et se laisse influencer par elles. Cette hypothèse repose sur le fait que les assistantes-infirmières-chefs sont habituellement des infirmières reconnues par les gestionnaires et par leurs pairs pour leur solide jugement clinique. Elles représentent aussi, la plupart du temps au sein de l'unité de soins, les personnes les plus compétentes pour refléter et traduire au quotidien les besoins des patients et l'intensité de services requis par les patients afin que l'équipe soignante puisse assurer des soins infirmiers sécuritaires et de qualité. L'hypothèse précédente paraît cohérente avec les propos de Hess (1994) qui allègue qu'au sein d'un groupe, l'influence exercée sur les activités clinico-administratives varie en intensité selon, entre autres, la crédibilité et l'expertise clinique des individus qui œuvrent à l'intérieur de l'organisation.

5.2.1.5 L'absence de communication entre les gestionnaires et les infirmières

L'absence de communication entre les infirmières et les gestionnaires a également été perçue par les infirmières comme un facteur d'influence négative au regard de leur implication dans la fusion des deux unités de soins. Les différents témoignages des infirmières s'apparentent aux résultats de l'étude menée par Abualrub & Alghamdi (2012) qui affirment que la communication se retrouve parmi les dix principaux facteurs qui contribuent au succès de l'implantation d'un changement. Hess explique que le processus de communication entre les gestionnaires de niveau supérieur, les gestionnaires de niveau intermédiaire et les infirmières constitue une source de pouvoir et d'influence sur la pratique professionnelle (Hess, 1995). Conséquemment, plus les infirmières sont renseignées sur la mission, les buts, les objectifs et les contraintes potentielles de leur organisation, plus elles sont en mesure d'influencer et de contrôler leurs activités professionnelles. Par contre, pour qu'un processus de communication s'avère efficace, il importe que les gestionnaires s'y impliquent activement. Pour cela, les gestionnaires doivent provoquer des contacts de proximité avec les destinataires et poser certaines actions telles que : susciter des échanges,

expliquer les enjeux du changement, préciser les résultats attendus et faire connaître la méthodologie retenue pour la mise en œuvre du changement (Collerette, 2010). Des moments d'échange, courts, mais fréquents, entre les destinataires et les gestionnaires, auraient probablement permis d'en arriver à une lecture partagée de la situation et des problèmes, mais aussi à des solutions à mettre en place par les destinataires et les gestionnaires. Le fait d'établir une communication bilatérale entre les parties concernées, et non une simple transmission d'information unilatérale, se révèle être une condition essentielle à l'implication et à la réceptivité des destinataires touchés par le changement (P. Collerette *et al.*, 2006; P. Collerette *et al.*, 2003).

L'analyse des verbatims démontre que les infirmières vivaient simultanément deux phases de préoccupations, c'est-à-dire la phase des préoccupations centrées sur l'organisation (phase III) et la phase des préoccupations centrées sur le changement (phase IV). Selon Bareil (2004), lors de ces deux phases de préoccupations le destinataire s'inquiète des impacts et des conséquences du changement sur l'organisation. Il peut également mettre en doute la légitimité du changement et chercher à obtenir davantage de précisions sur la mise en œuvre des étapes à venir. Des moments d'échanges entre les gestionnaires et les destinataires offrent donc des occasions aux destinataires de préciser et de faire connaître aux gestionnaires leurs différentes préoccupations. Dans la présente étude de cas, la considération des préoccupations des infirmières aurait d'abord pu servir aux gestionnaires à comprendre l'impact que ce changement organisationnel exerçait sur les infirmières et, par la suite réagir et modifier certaines de leurs actions afin d'éviter la crise organisationnelle vécue. À la lumière des témoignages recueillis chez les infirmières, ainsi que le suggère le modèle du développement organisationnel (Denis & Champagne, 1990), la mise en place de mécanismes de communication s'avère un facteur d'influence positive majeur et de premier plan qui devrait s'instaurer dès la planification du changement et se poursuivre tout au long de l'implantation du changement organisationnel.

5.2.1.6 *Le désir d'apprendre de nouvelles connaissances*

Le désir d'apprendre de nouvelles connaissances représente, selon la perception des infirmières, un facteur d'influence positive à l'égard de leur implication au moment de l'étape de la planification du changement. Bareil (2008), précise que le désir d'apprendre de nouvelles connaissances laisse croire que le destinataire se montre disposé à se conformer au changement à venir et à en faire l'essai. Dans la présente étude de cas, le désir des infirmières d'apprendre de nouvelles connaissances était vraisemblablement suscité par le changement de la clientèle et le changement de certaines pratiques de soins occasionnés par la fusion des deux unités de soins. Malgré cela, l'analyse des témoignages des infirmières révèle que les gestionnaires n'ont planifié aucune formation formelle destinée à accompagner les infirmières lors de la fusion des deux unités de soins. Cela peut paraître étrange de la part des gestionnaires, sachant qu'une organisation est pleinement efficiente que si les personnes qui y évoluent ont développé les compétences essentielles à son fonctionnement (Gilbert, 2008). Selon Gilbert (2008) l'apprentissage de nouvelles connaissances et de nouvelles habiletés ne repose pas que sur une simple question de volonté de la part des destinataires concernés par un changement organisationnel. Il s'avère d'abord indispensable que les gestionnaires reconnaissent la nécessité pour les infirmières d'acquérir de nouvelles connaissances et de nouvelles habiletés et qu'ensuite ils s'assurent de la disponibilité des ressources humaines et financières pour assurer les nouveaux apprentissages (Rondeau, 2008). Les gestionnaires du CSSS auraient pu s'inspirer des propos soutenus par plusieurs auteurs (Bareil & Gagnon, 2005; Sounan *et al.*, 2009) à savoir que les occasions de formation, en plus de clarifier les attentes des gestionnaires envers les destinataires, rehaussent les compétences des destinataires, réduisent leurs zones d'inconfort, leur permettent de mieux comprendre les modifications à venir dans l'organisation de travail et finalement, de s'adapter tout doucement au changement.

La section suivante portera sur la discussion relative aux facteurs d'influence perçus par les infirmières quant à leur implication des infirmières lors de l'étape de la mise en œuvre du changement.

5.2.2 Discussion relative aux facteurs d'influence perçus par les infirmières quant à leur implication lors de l'étape de la mise en œuvre du changement organisationnel

Rappelons que la deuxième étape de l'implantation d'un changement se réfère à l'étape de la mise en œuvre du changement et qu'elle se définit comme étant l'acceptation graduelle de la nouvelle réalité ainsi qu'à l'adoption de nouvelles croyances et de nouveaux comportements de la part des destinataires (C. Bareil, 2015). L'efficacité du gestionnaire à favoriser la mise en œuvre du changement s'appuie sur la création d'espaces de collaboration qui décentralisent le processus de pouvoir décisionnel en plus de valoriser l'autonomie professionnelle. L'analyse des témoignages des infirmières a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs ayant influencé négativement leur implication lors de l'étape de la mise en œuvre du changement organisationnel, dont les principaux sont 1) la faible participation des infirmières au regard de la résolution de problèmes, 2) le faible pouvoir décisionnel des infirmières et 3) le désengagement de la part des gestionnaires de niveau supérieur. Les infirmières ont toutefois mentionné le partage de leur expertise clinique avec leurs collègues comme un facteur d'influence positive. Chacun de ces différents facteurs sera discuté dans les sous-sections suivantes.

5.2.2.1 La faible participation des infirmières quant à la résolution de problèmes

Les perceptions des infirmières révèlent que leur faible participation quant à la résolution de problèmes a influencé négativement leur implication lors de la mise en œuvre de la fusion des unités de soins. L'analyse des témoignages des infirmières confirme que les gestionnaires ont négligé de miser sur les capacités et sur les forces des infirmières pour résoudre certains problèmes et pour favoriser le succès de l'implantation d'un changement (McKinsey, 2008). Les propos rapportés par l'infirmière n°4 : « *On essayait de s'ajuster entre nous...on suggérait des choses entre nous...on décidait des choses entre nous* » ou ceux rapportés par l'infirmière n°6 : « *il n'y avait rien de formel et pas d'emblée de façon systématique non plus* » démontrent

que les infirmières étaient réduites à échanger leurs idées entre elles dans un but de résoudre les différents problèmes cliniques et organisationnels rencontrés au cours de la mise en œuvre du changement. L'analyse de ces données révèle que lors de cette étape, les infirmières vivent des préoccupations alors centrées sur l'expérimentation (phase V). En fait, la phase V de la théorie des phases de préoccupations de Bareil (2004) se réfère au fait que les destinataires désirent explorer le changement tout en se préoccupant de leur capacité à s'approprier ce changement. La phase des préoccupations centrées sur l'expérimentation est d'autant plus importante que les réajustements constants qui en découlent permettent l'émergence de nouvelles normes de fonctionnement qui accompagnent, la plupart du temps, l'acceptation et la réussite de l'implantation du changement (François Champagne, 2002). Cependant, l'analyse des perceptions des infirmières témoigne que les échanges entre les infirmières se déroulaient de manière non structurée et informelle, à même leur quart de travail sur l'unité de soins. Selon la perception des infirmières, ces échanges exerçaient peu d'influence sur la gestion du changement puisque ces échanges se produisaient la plupart du temps en l'absence des gestionnaires.

L'analyse des témoignages des infirmières au sujet de leur faible participation quant à la résolution de problèmes paraît conséquente avec l'analyse des données quantitatives. En ce sens, les infirmières de l'unité de médecine et les gestionnaires partagent une perception semblable qui indique que l'organisation actuelle ne reconnaît pas aux infirmières la latitude professionnelle nécessaire pour qu'elles puissent exercer un contrôle ou une influence significative sur des activités liées à leur pratique professionnelle. Même si les gestionnaires sont encouragés à promouvoir la résolution collective de problèmes afin de permettre aux destinataires visés par le changement de développer des dispositions à l'initiative, à l'apprentissage et à l'engagement (Soparnot, 2004), l'analyse des données qualitatives et quantitatives démontre que les gestionnaires de l'établissement à l'étude reconnaissent peu les connaissances et les compétences particulières des infirmières. Pourtant, en raison de leurs connaissances et de leurs compétences, les infirmières peuvent comprendre, anticiper ou résoudre certains impacts négatifs que peuvent parfois entraîner des décisions organisationnelles sur la qualité des soins et sur les services offerts aux patients.

5.2.2.2 *Le faible pouvoir décisionnel des infirmières*

L'analyse des propos des infirmières démontre que le faible pouvoir décisionnel accordé aux infirmières apparaît comme un facteur d'influence négative au regard de leur implication lors de l'implantation du changement. En effet, les témoignages des infirmières démontrent qu'au moment de l'unique rencontre d'information avec les gestionnaires, les infirmières ont été mises devant une décision déjà prise, soit celle de la fusion des deux unités de soins. Certains auteurs (Abualrub & Alghamdi, 2012) soutiennent que les gestionnaires influencent positivement l'implication des destinataires en prenant en compte leurs idées et leurs opinions et en les invitant à prendre part au processus décisionnel. Malgré ce que soutiennent ces auteurs, les propos recueillis auprès des infirmières vont dans un tout autre sens. À titre d'exemple, l'infirmière n°3 précise sa perception : « *non, aucun pouvoir... tout nous a été imposé...* »

L'analyse des données qualitatives collectées lors des entrevues est corroborée par l'analyse des données quantitatives au sujet de la dimension de la participation des infirmières à la prise de décision. En effet, les données quantitatives démontrent que l'ensemble des infirmières de l'unité de médecine partage la perception qu'elles ne sont nullement invitées à exprimer leurs opinions en regard des décisions de nature plus administrative. Par contre, contrairement aux infirmières, les gestionnaires pensent qu'il existe une implication mutuelle de la part des infirmières et des gestionnaires quant aux décisions prises à l'intérieur de différents comités, et ce, non seulement en ce qui concerne les comités cliniques, mais également les comités de gestion ou les comités stratégiques. L'étudiante-chercheuse, avance l'hypothèse que cette différence de perceptions entre les infirmières et les gestionnaires pourrait s'expliquer par le fait que les infirmières sont présentes au sein de certains de ces comités, tels que des comités qui touchent la pratique de soins ou des comités multidisciplinaires, mais en petit nombre. De ce fait, cette participation quant aux prises de décision demeure probablement minime et méconnue d'une grande partie

des infirmières. Cela donne alors l'impression aux infirmières qu'elles et leurs collègues ne participent pas aux prises de décision.

Dans ses travaux sur la gestion partagée, Hess (1994) a identifié plusieurs mécanismes organisationnels qui permettent une reconnaissance officielle des infirmières au sein d'une organisation. À cet égard, le conseil des infirmières et infirmiers (CII), une instance consultative officielle prévue par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec*, qui s'intègre à la structure organisationnelle des établissements publics de santé, s'avère pour les infirmières une façon de s'impliquer. Par le biais de son comité exécutif (CECII), le CII formule des avis et des recommandations qui touchent directement les soins infirmiers. Il est investi du pouvoir propre à une fonction consultative qui est d'aider la direction d'une organisation à résoudre un problème, à améliorer une situation ou à faire face à une situation totalement nouvelle. Or, le pouvoir et la force du CII demeurent étroitement liés à l'implication du plus grand nombre possible d'infirmières. De ce fait, les infirmières ont la responsabilité d'occuper la place qui leur revient au sein de leur organisation et, conséquemment de s'impliquer au sein de ces instances de nature politique et stratégique. Dans le cas de la présente étude, aucune infirmière n'a mentionné le rôle du CII. Sans doute aurait-il été intéressant de savoir si les infirmières connaissent bien le rôle du CII et du CECII ainsi que la place que ces instances occupent dans la structure organisationnelle au sein de leur établissement et du rôle stratégique qu'ils peuvent jouer.

5.2.2.3 *Le manque d'engagement des gestionnaires de niveau supérieur envers la mise en œuvre du changement*

L'analyse des propos des infirmières démontre aussi un manque d'engagement de la part des gestionnaires de niveau supérieur comme un facteur d'influence négative quant à leur implication lors de la mise en œuvre du changement. Collerette *et al.*, (2003) affirment que les organisations gagnent du temps lorsque les gestionnaires de niveau supérieur s'impliquent eux-mêmes dans la promotion du changement à venir. Les différents témoignages des infirmières démontrent qu'elles étaient sensibles à la présence continue des gestionnaires de niveau

supérieur et non seulement lors de l'annonce initiale du changement. Or, des témoignages de la part de des infirmière n°3 et n°6 tels qu' « *on les a vus une seule fois... on ne les a pas revus par la suite* » ou « *ils n'ont pas l'air de réaliser que cette fusion-là est dure à vivre pour les personnes âgées hospitalisées* » illustrent le manque d'engagement des gestionnaires de niveau supérieur, ce qui donne aux infirmières la désagréable impression d'avoir été entraînées dans une aventure pour laquelle les gestionnaires semblaient avoir quitté le navire avant la fin de la mise en œuvre du changement. L'analyse des propos des infirmières démontre qu'à ce moment les infirmières vivaient des préoccupations centrées sur l'organisation (phase III de la théorie des phases de préoccupation de Bareil, 2004). Lors de la phase III, les destinataires se questionnent sur l'engagement des gestionnaires de niveau supérieur envers le changement organisationnel mis en œuvre, sur la capacité de l'organisation à rendre la démarche de changement à terme ainsi que sur les impacts du changement sur la clientèle et sur le personnel (Bareil, 2004). De là, toute l'importance d'une présence et d'un engagement visible de la part des gestionnaires de niveau supérieur afin qu'ils puissent accomplir le rôle primordial qu'ils ont à jouer dans le succès de l'implantation d'un changement organisationnel (Collerette *et al.*, 2003).

5.2.2.4 *Le partage d'expertise clinique entre infirmières*

La perception des infirmières révèle que le partage de l'expertise clinique entre elles a influencé positivement leur implication lors de l'appropriation du changement. À la lumière des témoignages des infirmières, l'étudiante-chercheuse constate que les infirmières, en partageant entre elles leur expertise clinique, souhaitent, petit à petit et de façon non organisée, acquérir de nouvelles connaissances, des savoirs et des compétences et ainsi apprivoiser en partie la fusion des deux unités de soins. L'analyse de ces données paraît cohérente avec les propos soutenus par Gilbert (2008) qui affirme que, lorsque confrontés à des situations nouvelles, les destinataires interagissent au quotidien avec leur nouvel environnement social et physique afin de s'y adapter et d'y réagir avec compétence. En plus de rehausser les compétences des infirmières, le partage d'expertise clinique entre les

infirmières permet de supposer qu'à ce moment les infirmières ont atteint la phase de préoccupations centrées sur la collaboration (phase VI). En effet, selon Bareil (2004), ce n'est qu'une fois parvenue à la phase VI des phases de préoccupations que le destinataire se préoccupe de collaborer et de coopérer avec ses collègues, entre autres, par le désir de vouloir transférer ses savoirs et les différents apprentissages qu'il a fait depuis le début de l'implantation du changement. Les destinataires utilisent alors leur expertise dans une perspective d'amélioration continue des soins. Les paragraphes suivants porteront sur la discussion relative aux facteurs d'influence perçus par les infirmières quant à leur implication lors de l'appropriation du changement.

5.2.3 Discussion relative aux facteurs d'influence perçus par les infirmières quant à leur implication lors de l'étape de l'appropriation du changement

L'étape de l'appropriation du changement se réfère à la fin de l'implantation d'un changement, étape où habituellement le destinataire fait « sien » le changement. À cette étape, les actions attendues de la part des gestionnaires sont de reconnaître les efforts déployés sur le terrain et le travail réalisé par l'ensemble des destinataires pour l'atteinte des objectifs ainsi que de communiquer les résultats du changement à l'ensemble des employés de l'organisation. Les témoignages des infirmières ont mis en évidence des facteurs ayant influencé négativement leur implication lors de l'étape de l'appropriation du changement en réponse à la fusion des deux unités de soins, dont les deux principaux sont : 1) le manque de transmission d'informations quant à l'atteinte des objectifs et 2) le manque de rétroaction positive et le manque de reconnaissance de la part des gestionnaires. Par ailleurs, les infirmières ont tout de même mentionné un facteur d'influence positive, soit la valorisation de leur autonomie professionnelle par les gestionnaires. Chacun de ces facteurs est présenté dans les sous-sections suivantes.

5.2.3.1 *Le manque de transmission d'informations de la part des gestionnaires de niveau supérieur quant à l'atteinte des objectifs*

À la lumière de l'analyse des témoignages des infirmières, rien n'indique si l'atteinte des objectifs poursuivis par la fusion des deux unités de soins a été évaluée par les gestionnaires et encore moins transmise à l'ensemble du personnel au sein de l'organisation. Des témoignages comme celui de l'infirmière n°5 viennent appuyer cette analyse : « *j'ai un goût amer... j'avais des attentes, car je me suis longtemps posé la question pourquoi on fermait un département qui allait si bien au point de vue clinique* ». Évidemment, l'évaluation du succès d'un changement organisationnel s'avère une dimension incontournable pour estimer son évolution et valider que les efforts déployés aient amené les résultats souhaités (Sounan *et al.*, 2009). Conséquemment, la transmission de l'information au sujet de l'atteinte des objectifs et des efforts déployés par les infirmières se voulait une occasion pour les gestionnaires de continuer à soutenir l'importance d'effectuer ce changement en plus de promouvoir l'implication des infirmières à l'étape de l'appropriation du changement, cela dans une optique d'amélioration continue des soins.

5.2.3.2 *Le manque de rétroaction positive de la part des gestionnaires*

Les différents témoignages des infirmières démontrent que les gestionnaires ont aussi négligé l'utilisation de la rétroaction positive pour influencer l'implication des infirmières lors de la fusion des deux unités de soins. Un témoignage comme celui de l'infirmière n°6 précise les attentes des infirmières à l'égard des gestionnaires : « *De nous féliciter par rapport aux bons coups et de les partager à l'ensemble de l'organisation* ». La rétroaction positive se traduit comme quelque chose de favorable et de mobilisateur au sein d'une organisation, car la rétroaction permet aux gestionnaires de partager une information en « retour » aux destinataires au sujet de leurs actions antérieures (Tremblay *et al.*, 2005). Comme recommandé par Doody & Doody (2012), les gestionnaires qui fournissent aux destinataires des retours positifs et périodiques exploitent un moyen d'impliquer et

d'encourager les destinataires à atteindre leurs propres objectifs, mais également les objectifs de l'organisation et ainsi assurer les chances de succès que le changement devienne pérenne.

5.2.3.3 La valorisation de l'autonomie professionnelle des infirmières par les gestionnaires

Il demeure tout de même intéressant de constater que quatre infirmières sur six mentionnent avoir ressenti une forme de valorisation de leur autonomie professionnelle de la part de leur gestionnaire de niveau intermédiaire qui leur a demandé de partager leur expertise et leurs connaissances avec leurs collègues. Cette valorisation de l'autonomie professionnelle s'apparente à une forme de reconnaissance professionnelle puisque le gestionnaire reconnaît ainsi l'expertise et les compétences des infirmières. Cette valorisation s'est révélée être un facteur d'influence positive au regard de l'implication des infirmières lors de la fusion des deux unités de soins. Malheureusement, l'aspect de la valorisation de l'autonomie professionnelle de l'infirmière s'est avéré très peu exploré par l'intervieweur au moment des entrevues.

En résumé, les données qualitatives et quantitatives discutées dans les sections précédentes révèlent l'existence d'une structure organisationnelle encore très hiérarchisée où la présence d'une implication mutuelle entre les gestionnaires et les infirmières dans la gestion partagée des soins infirmiers demeure faible. L'analyse des données a aussi mis en évidence diverses lacunes d'actions par rapport au style de leadership des gestionnaires. Mises ensemble, ces lacunes d'actions se sont transformées en différents facteurs d'influence négative au regard de l'implication des infirmières lors de la fusion des deux unités de soins allant même jusqu'à provoquer une crise situationnelle au sein de l'organisation. L'analyse des données de la présente étude de cas paraît cohérente avec les propos de Tremblay *et al.*, (2005) qui soutiennent qu'il existe deux catégories de variables pouvant agir sur les comportements de mobilisation du personnel lors d'un changement organisationnel : 1) le style de leadership des gestionnaires et 2) les caractéristiques de l'organisation. De là, l'importance de discuter dans les prochains paragraphes des concepts de leadership et de

gestion partagée dans la gestion d'un changement organisationnel sachant que la gestion partagée requiert certaines caractéristiques organisationnelles.

5.3 DISCUSSION RELATIVE AU CONCEPT DE LEADERSHIP LORS DE LA GESTION D'UN CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

La différence entre un gestionnaire et un leader s'explique de la façon suivante. Le gestionnaire coordonne des ressources à travers une série de fonctions et de procédures opérationnelles préétablies afin d'atteindre les buts fixés par l'organisation. Le leader, quant à lui, exerce une influence dominante et positive sur des destinataires en obtenant leur adhésion active à une vision commune, à des idées, à des orientations, à des projets ou à d'autres actions sociales (Pouliot, 2005). La gestion d'un changement organisationnel requiert 80 % de leadership et seulement 20 % de gestion (Kotter, 1995). De façon globale, l'analyse des données de la présente étude de cas a démontré un manque certain de leadership de la part des gestionnaires au regard de la fusion des deux unités de soins engendrant une crise situationnelle au sein de l'organisation. De façon plus précise, l'analyse des données révèle que les gestionnaires n'ont pas été en mesure, lors de la gestion du changement, de définir et de partager leur vision du changement souhaité et de poser de façon quotidienne des actions différentes et inspirées des caractéristiques et des habiletés reliées au style de leadership transformationnel. Ces actions se réfèrent à informer de façon appropriée et en temps opportun, à communiquer, à valoriser les débats d'idées, à encourager la résolution collective de problèmes, à clarifier les rôles et les attentes et à écouter activement. Aucun doute que l'ensemble de ces actions aurait pu influencer davantage l'implication des infirmières de manière positive et ainsi, éviter la crise organisationnelle. Cette analyse s'appuie, entre autres, sur les propos de plusieurs auteurs (Dvir *et al.*, 2002; Sofarelli & Brown, 1998) qui affirment que les gestionnaires qui adoptent le style de leadership transformationnel présentent des atouts capables de susciter la mobilisation et la performance des destinataires. Toutefois, l'étudiante-chercheuse soutient que les infirmières ont également la responsabilité de collaborer et de participer aux trois grandes étapes qui

définissent la gestion du changement. Que ce soit en exprimant leurs préoccupations et leurs attentes aux gestionnaires, en participant aux activités de consultation, en offrant leur collaboration et leur soutien à leurs collègues et à leur gestionnaire de niveau intermédiaire, en s'impliquant activement dans les différents comités professionnels capables d'exercer une influence stratégique au sein de l'organisation et finalement, en adoptant des comportements favorables à la recherche de solutions, au soutien du processus de changement et à son appropriation. Or, aussi important qu'il puisse être, le style de leadership des gestionnaires n'est pas le seul élément sur lequel repose l'implication positive des infirmières lors de la gestion d'un changement. Encore faut-il que la structure organisationnelle soit en mesure d'offrir les différentes possibilités d'impliquer les infirmières. Or, l'analyse des données quantitatives illustre que la structure actuelle de l'organisation à l'étude demeure trop hiérarchisée au regard de l'implication mutuelle des infirmières et des gestionnaires au sujet de la gestion des soins infirmiers. La section suivante discutera de l'importance d'une structure organisationnelle axée sur le principe de la gestion partagée.

5.4 DISCUSSION RELATIVE AU CONCEPT DE LA GESTION PARTAGÉE POUR IMPLIQUER POSITIVEMENT LES INFIRMIÈRES LORS DE LA GESTION D'UN CHANGEMENT

Nul doute qu'une structure organisationnelle axée sur le concept de la gestion partagée aurait été en mesure d'offrir aux infirmières différentes possibilités de s'impliquer positivement lors de la fusion des unités de soins, et conséquemment d'éviter la crise interne. Or, l'étudiante-chercheuse constate qu'à la lumière des données qualitatives et quantitatives obtenues, les éléments qui soutiennent la mise en œuvre de la gestion partagée au sein d'une organisation sont quasi totalement absents de l'établissement visé. Pour que le concept de gestion partagée puisse exister au sein d'une organisation, il doit d'abord y avoir une volonté et une motivation de la part des gestionnaires et des infirmières à s'y impliquer mutuellement. De plus, le concept de gestion partagée suppose une vision commune et une relation de collaboration entre les infirmières et les gestionnaires afin d'établir un lien de confiance réciproque. Les gestionnaires doivent aussi être capable d'estimer la contribution

professionnelle des infirmières et de reconnaître leur investissement actif et positif dans des initiatives de changement organisationnel (Wade-Bamford & Moss, 2010). L'étudiante-chercheuse s'appuie également sur plusieurs auteurs (McDowell B. *et al.*, 2010; Overcash & Petty, 2012; Payne, 2009; Scott & Caress, 2005; Swihart & Porter-O'Grady, 2006) qui soutiennent que la gestion partagée au sein d'une organisation fait aussi appel à une décentralisation des structures d'autorité, c'est-à-dire qu'elle répartit l'autorité entre les gestionnaires et les infirmières au regard de la gestion des soins infirmiers. Cette capacité de donner du pouvoir aux infirmières se veut aussi une façon de mettre en place certaines conditions, climat de confiance et reconnaissance du leadership infirmier, qui permettront certainement aux infirmières de rehausser un sentiment d'efficacité et de bien-être au travail. Par ailleurs, une structure organisationnelle basée sur le concept de la gestion partagée soutient la responsabilisation des infirmières en leur permettant de prendre des décisions et conséquemment de les assumer. Cette responsabilisation amène aussi les infirmières à s'assurer que chacune d'entre elle dispose des compétences et des connaissances nécessaires pour fournir un travail efficace (Bakewell, 2004). La responsabilisation des infirmières influence positivement la qualité des soins et des procédures cliniques. Or, pour ce faire, les infirmières doivent exprimer leur volonté professionnelle à vouloir s'impliquer dans les prises de décision et se sentir mutuellement imputables des résultats découlant des prises de décision. Finalement, une structure de gouvernance organisationnelle basée sur un principe de gestion partagée permet, du point de vue opérationnel, la mise en place de différents processus d'actions qui reconnaissent les différents savoirs des infirmières, qui valorisent les bonnes pratiques selon les données probantes en lien avec le domaine infirmier et qui font avancer la profession infirmière (Bakewell, 2004; Bamford-Wade & Moss, 2010).

En résumé la mise en œuvre de la gestion partagée au sein d'une organisation requiert l'adoption d'une philosophie organisationnelle où les gestionnaires arrivent à renoncer à un certain pouvoir et le à déléguer aux infirmières. Le gestionnaire assume alors beaucoup plus un rôle de leader que de gestionnaire auprès de ses équipes. Les sections suivantes décriront les différentes recommandations qui découlent de cette étude de cas.

5.5 RECOMMANDATIONS

L'analyse des différentes données obtenues dans le cadre de la présente étude de cas permet à l'étudiante-chercheuse de proposer trois types de recommandations : 1) recommandations destinées aux gestionnaires des établissements de santé qui souhaitent implanter un changement organisationnel ; 2) recommandations destinées aux infirmières touchées par un changement organisationnel et 3) recommandations destinées aux chercheurs pour les recherches futures.

5.5.1 Recommandations destinées aux gestionnaires pour assurer le succès de la gestion d'un changement

L'étudiante-chercheuse ne pourrait trop insister sur l'importance pour les gestionnaires de prendre en considération les distinctions importantes entre les processus de gestion et l'expression d'un leadership adapté au contexte de la gestion de chacune des trois grandes étapes d'un changement. Ces fonctions se, distinguent l'une de l'autre, mais toutes les deux s'avèrent essentielles pour contribuer positivement à l'implication des infirmières lors de la gestion d'un changement.

Le succès de la gestion d'un changement organisationnel suppose une présence active, continue et visible des gestionnaires auprès des équipes, ce qui selon Collerette (2008), permet aux gestionnaires de transmettre et de réitérer leur vision du changement en plus de reconnaître et d'appuyer les infirmières dans leurs efforts déployés sur le « terrain » et d'établir un processus de communication bilatéral. Cette présence active se traduit par des visites régulières des unités de soins, par la tenue de rencontres courtes, mais fréquentes entre certains membres clés de la direction, par exemple la directrice des soins infirmiers, le directeur des ressources humaines, la gestionnaire de niveau intermédiaire, en l'occurrence la chef de l'unité de soins et les infirmières. La présence active des gestionnaires de niveau

supérieur et de niveau intermédiaire envoie un message de considération aux infirmières en leur signifiant que leur implication s'avère plus que nécessaire et que les gestionnaires s'engagent également activement dans le succès du changement organisationnel.

Il importe de préciser que les organisations de soins représentent des organisations particulières, du fait qu'elles correspondent, au sens de Mintzberg à des bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1995). Cela implique que se côtoient des gestionnaires (autorité hiérarchique) et des cliniciens (autorité fonctionnelle). De ce fait, il existe deux niveaux de gouvernance. Un niveau de gouvernance d'ensemble, soit les gestionnaires de niveau supérieur et intermédiaire et un niveau de gouvernance de proximité, soit les gestionnaires de niveau intermédiaire et les cliniciens. D'où toute l'importance du concept de la gestion partagée et du style de leadership transformationnel. En ce sens, l'étudiante-chercheuse suggère aux gestionnaires de mettre à contribution le potentiel du plus grand nombre d'infirmières et leur offrir la possibilité d'être créatives et de choisir en collaboration avec eux la façon dont elles exécuteront leur travail (Karasek & Theorell, 1990; Philippe, 2007). Pour cela, les gestionnaires doivent donc créer un environnement et des conditions qui rapprochent les infirmières du processus décisionnel (Philippe, 2007). Ces différentes recommandations s'actualisent par la mise en place d'une structure organisationnelle qui s'inspire des dimensions du concept de la gestion partagée.

La mise en place d'une structure organisationnelle inspirée du concept de la gestion partagée peut prendre différentes formes au sein d'une organisation. Par exemple, par la création d'espaces collaboratifs encadrés et formels au sein d'une unité de soins où les infirmières sont invitées de façon régulière par les gestionnaires à participer à la résolution de problèmes ou encore par la création d'un comité décisionnel sur la mise en œuvre du changement ou la création d'un cercle de qualité sur les soins infirmiers ou finalement par la participation d'infirmières au sein d'un comité de gestion spécifiquement affecté au pilotage du changement. La mise en place de ces concepts au sein d'une organisation, favorisent le processus de consultation et d'implication des infirmières concernées par le changement organisationnel et les activités clinico-administratives qui en découlent (Bédard *et al.*, 2005).

L'étudiante-chercheuse réitère le fait que le succès de la gestion d'un changement et l'implication des infirmières reposent inévitablement sur la création de lieux et de moments où les infirmières sont informées, consultées, invitées et fortement encouragées par les gestionnaires à exprimer leurs opinions, à prendre part aux décisions clinico-administratives en lien avec le changement proposé ainsi qu'à partager avec leurs pairs et les gestionnaires, leurs savoirs et leur expertise professionnelle. L'étudiante-chercheuse rappelle aux gestionnaires et également aux infirmières que l'ensemble des cliniciens « gère » la complexité des soins. À cet égard, il apparaît inconcevable que le regard et les opinions professionnelles des infirmières ne soient pas considérés à leur juste valeur ou continue d'être tenu à l'écart.

Actuellement, il existe probablement chez les gestionnaires un manque de connaissances, un manque de temps ou encore un sentiment d'insécurité qui les pousse à maintenir le statu quo dans leur pratique de gestion. Ce qui évidemment maintient en place des pratiques de gestion encore hiérarchiques nuisant ainsi à l'innovation, et conséquemment à l'implantation d'un mode de gestion partagée au sein d'une organisation de soins (Lozeau, 2002). L'étudiante-chercheuse recommande aux gestionnaires de se tenir à jour, par des lectures ou des formations continues, quant aux bonnes pratiques concernant l'implantation d'un changement organisationnel.

5.5.2 Recommandations aux infirmières pour favoriser leur implication dans la gestion des soins infirmiers

L'étudiante-chercheuse recommande aux infirmières une réflexion profonde quant à la place qu'elles devraient occuper au sein de leur organisation. Pour l'étudiante-chercheuse, il s'avère nécessaire et urgent que les infirmières reconnaissent leur propre valeur professionnelle et remettent en question certaines pratiques de gestion hiérarchiques maintenant révolues qui supposent que le pouvoir de décision et l'autorité sont encore uniquement réservés aux gestionnaires. Les infirmières détiennent une responsabilité à l'égard de leur pratique professionnelle. À cet égard, il importe qu'elles développent une

forme de leadership nécessaire pour exercer leur autonomie professionnelle et qu'elles s'engagent et s'impliquent dans différentes activités clinico-administratives touchant la gestion des soins infirmiers. En ce sens, l'étudiante-chercheuse suggère fortement aux infirmières de prendre conscience du rôle stratégique des instances qui existent actuellement (CII, CECI, CM) et de s'investir de façon active et plus énergique dans ces instances dans un but de faire entendre leur voix et leur leadership professionnel afin de participer aux différents processus de décisions. Ces différentes instances s'avèrent des lieux de choix pour que les infirmières exercent leur leadership professionnel, au sein de leur organisation et qu'elles s'impliquent activement avec les gestionnaires au sujet de décisions administratives visant l'ensemble des soins infirmiers et de certaines activités clinico-administratives qui relèvent de leur pratique professionnelle. L'élaboration de politiques, de procédures et de protocoles de soins, l'affectation des ressources, le recrutement du personnel soignant, les programmes d'intégration et de formation ne sont que quelques-unes des activités clinico-administratives qui visent directement les soins infirmiers. Les infirmières se doivent de promouvoir l'instauration de pratiques de gestion partagée au sein de l'organisation et de s'impliquer dans la création de comités qui concernent la gestion des soins infirmiers. Les infirmières doivent revendiquer des espaces de collaboration avec les gestionnaires et demander la création de comités qui viendront encourager et soutenir l'implication mutuelle des gestionnaires et des infirmières au regard de la gestion des soins infirmiers. Les infirmières doivent se rappeler et assumer leur responsabilité à l'égard de leur pratique infirmière.

5.5.3 Recommandations pour les recherches futures

L'étudiante-chercheuse recommande la conduite d'une recherche qualitative dans le but de permettre de mieux comprendre ce qui limite réellement les gestionnaires à déléguer une partie de leur pouvoir et à partager avec les infirmières la gestion des soins infirmiers. De plus, tel que dit précédemment, l'aspect de la valorisation de l'autonomie professionnelle dans une situation d'implantation de changement est demeuré un aspect peu exploré dans la

présente étude de cas. Ce sujet demeure une piste intéressante pour des recherches futures par exemple, dans un but d'approfondir auprès des infirmières leur définition de la valorisation de l'autonomie professionnelle, de connaître les aspects qu'elles souhaitent voir valoriser par les gestionnaires et les moyens par lesquels les infirmières ainsi que les gestionnaires pourraient valoriser l'autonomie professionnelle des infirmières. Par ailleurs, même s'il a été démontré que la rétroaction positive s'avère une forme de récompense et de reconnaissance à faible coût, les résultats de la présente étude de cas démontrent que celle-ci a été très peu utilisée par les gestionnaires. Or, il serait pertinent pour le futur de comprendre ce qui limite les gestionnaires à pleinement l'utiliser afin d'en retirer les bénéfices attendus. Le concept de la solidarité entre collègues lors de l'implantation d'un changement organisationnel pourrait également être exploré lors de prochains projets de recherche qualitative. Ces connaissances pourraient permettre aux gestionnaires des organisations de soins d'exploiter certaines initiatives de la part des infirmières destinées à la solidarité entre collègues en période de changement. En plus, de mettre en place différentes actions qui appuieraient et valoriseraient cette solidarité ce qui permettraient inévitablement aux infirmières de se sentir encore mieux soutenues. En terminant, les recherches futures pourraient valider si les facteurs d'influence identifiés dans la présente étude de cas s'avèrent plus que des simples perceptions et sont significativement reliés aux différentes étapes de la gestion d'un changement.

CONCLUSION

Nul doute que les établissements de santé se définissent comme étant des organisations complexes qui font face à de multiples défis, dont celui de la gestion de nombreux changements. Malgré la récurrence des changements au sein des établissements de santé, leur taux de succès demeure encore peu élevé (Champagne, 2002). Le but de cette étude de cas consistait essentiellement à explorer la perception des infirmières quant aux facteurs ayant influencé positivement ou négativement leur implication lors d'un changement organisationnel qui a malheureusement dégénéré en crise interne et médiatisée.

Lorsque l'on examine les données collectées dans le cadre de cette étude de cas, on constate que les enjeux liés à l'implication des infirmières, lors de ce changement organisationnel, reposent en grande partie sur les pratiques de gestion adoptées par les gestionnaires. Les données démontrent également que la plupart des facteurs ayant influencé négativement l'implication des infirmières peuvent être, fort heureusement, renversés positivement par des actions posées par les gestionnaires. En ce sens, les gestionnaires qui misent sur un style de leadership transformationnel et sur la communication influencent positivement l'implication des infirmières lors d'un changement organisationnel. En fait, l'exploitation efficace d'un mécanisme de communication, entre les gestionnaires et les infirmières, s'avère un facteur d'influence majeur et incontournable pour établir un climat de confiance nécessaire à l'implication des infirmières en plus d'offrir un soutien tout au long de la gestion d'un changement. Le défi pour les gestionnaires repose aussi sur leurs capacités à réussir à démontrer aux infirmières que leurs préoccupations sont entendues et prises en compte. En fait, les données de l'étude de cas permettent aussi de conclure qu'en cas contraire les gestionnaires risquent fort de compromettre l'implication des infirmières lors d'un changement en plus d'entraîner un impact négatif sur leurs conditions de travail, leur motivation et leur engagement professionnel. Or, toutes ces actions de gestion sont en lien

direct avec la mise en place d'une structure de gouvernance qui se veut moins hiérarchique que ce que l'on retrouve actuellement dans la plupart des hôpitaux du Québec et qui valorise le rôle de l'infirmière par une implication réelle et mutuelle des infirmières et des gestionnaires quant à la gestion des soins infirmiers. Or, pour ce faire, une responsabilité incombe aussi aux infirmières, celle d'assumer leur leadership professionnel à vouloir s'impliquer dans les prises de décision au regard de la gestion des soins infirmiers, en plus de se sentir mutuellement imputables des résultats découlant des différentes prises de décision. Il importe de retenir que pour l'avenir, les gestionnaires de tous les niveaux hiérarchiques devront considérer le changement organisationnel dans une perspective dynamique et relationnelle puisque le succès de son implantation demeure étroitement lié aux infirmières et à leurs réactions.

ANNEXE I
LETTRE D'INVITATION ADRESSÉE AUX INFIRMIÈRES

Maria, le 05 janvier 2015

Madame, Monsieur,

Objet : Présentation du projet de recherche de madame Fanny Bernard

Bonjour,

Mon nom est Fanny Bernard. Je poursuis présentement un projet de recherche dans le cadre de mes études à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski, sous la direction de monsieur Guy Bélanger. Le but de cette recherche est de comprendre la perception des infirmières et des infirmiers quant aux différents facteurs qui ont influencé leur implication lors de la fusion des unités de médecine et de médecine gériatrie en décembre 2012, permettant ainsi d'expliquer les problèmes vécus à ce moment et tenter de mieux les anticiper dans le futur. Les questions de l'entrevue semi-dirigée serviront à répondre à la question de recherche suivante :

Quelle est la perception des infirmières quant aux facteurs ayant influencé positivement ou négativement leur implication lors de la fusion des deux unités de soins ?

Vous êtes invité(e)s à participer à cette recherche puisque vous étiez détenteur ou détentrice d'un poste sur l'unité de médecine ou l'unité de médecine-gériatrie et que vous étiez au travail durant la période comprise entre décembre 2012 et février 2013. Nous avons obtenu vos coordonnées par la direction des ressources humaines du CSSS de la Baie des Chaleurs. La nature de votre collaboration à cette recherche consistera à participer, de façon volontaire et sans aucune contribution financière, à une entrevue semi-dirigée qui se tiendra au CLSC de Caplan, ou un autre lieu à votre convenance, au mois de février 2015. La durée de cette entrevue est approximativement d'une heure et demie. Un enregistrement audio sera utilisé afin de permettre à la personne qui conduit les entrevues de bien colliger leur contenu. Vous serez également appelé à valider la synthèse écrite du contenu de votre entrevue afin de s'assurer que celle-ci reflète bien votre pensée. La synthèse écrite vous sera envoyée par la poste. Vous devrez la lire au cours de la semaine suivant sa réception. Par la suite, la personne ayant procédé aux entrevues vous contactera par téléphone à votre domicile. Cet entretien téléphonique permettra de valider le contenu de l'entrevue.

En aucun cas, votre nom ne sera divulgué au cours de cette recherche. Dans le but d'assurer la confidentialité de vos réponses, les entrevues ne seront pas conduites par l'étudiante-chercheuse

puisque celle-ci occupe présentement un poste à la direction de votre établissement. C'est une personne complètement indépendante de la situation vécue (et du réseau de la santé) qui mènera les entrevues. La confidentialité des renseignements fournis sera garantie puisque la retranscription des verbatim sera assurée par la personne qui fera les entrevues. Chacune des entrevues ainsi que leur retranscription seront associées à un numéro, de sorte qu'en aucun temps l'étudiante-chercheuse ne sera en contact avec les enregistrements audio. De plus, toute information jugée informative par la personne qui retranscrit les verbatim, lui laissant croire que l'étudiante-chercheuse pourrait identifier le ou la participant(e), sera retirée de la transcription. Les enregistrements audios seront gardés dans un classeur au bureau du directeur de recherche. La retranscription de l'entrevue sera, elle aussi, identifiée par un numéro. Les retranscriptions numérotées seront gardées dans un classeur au domicile de l'étudiante-chercheuse. Celles-ci seront gardées jusqu'au dépôt et évaluation du mémoire, prévu en mai 2015. Elles seront ensuite détruites par l'étudiante-chercheuse. Lors de la diffusion des résultats, en aucun moment, l'établissement où vous travaillez ne sera identifié. Aucune information personnelle ne pourra être transmise à des personnes extérieures au projet de recherche ou à des organismes sans une autorisation écrite de votre part.

Les résultats issus de la recherche seront diffusés afin d'en faire bénéficier d'autres infirmières, d'autres gestionnaires et d'autres établissements de santé. Ceux-ci seront disponibles par la publication d'un mémoire et la possibilité d'un article scientifique. En participant à cette recherche, vous collaborez à la compréhension d'une situation vécue au sein de votre centre de santé et de services sociaux. Vous collaborez également au fait que l'étudiante-chercheuse puisse dégager des recommandations opérationnelles pouvant être transmises et aux dirigeants des établissements de santé, et cela, dans le but d'améliorer l'implication des infirmières lors d'un changement organisationnel. Par le fait même, vous collaborez à la valorisation de la pratique infirmière et à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

En raison du fait qu'il demeure un risque potentiel d'être identifié par la direction, un grand souci est pris en compte dans le devis de recherche retenu afin d'éviter cette situation. En effet, la tenue des entrevues et la retranscription des verbatim par une personne autre que l'étudiante-chercheuse, l'identification par numéro des retranscriptions et le retrait des propos jugés nominatifs ou trop informatifs dans la retranscription nous permettent de croire que le risque d'identification est toujours présent, mais qu'il s'en trouve grandement diminué.

En participant à cette recherche, il est possible que le fait de raconter votre expérience vécue au moment de cette fusion d'unités vous amène à ressentir certaines émotions désagréables auxquelles vous auriez souhaité ne plus vouloir penser. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler à la personne qui dirige l'entrevue, celle-ci pourra, au besoin, vous référer à une personne ressource.

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Monsieur Guy Bélanger, directeur de recherche, au numéro de téléphone suivant : 1-800-511-3382 poste 1345. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillies, seront détruits au moment de votre retrait.

Si vous décidez de participer à ce projet de recherche, vous devrez signer un formulaire de consentement avant l'entrevue. Les éléments mentionnés dans cette lettre seront réexpliqués de façon écrite. Vous déclarerez alors avoir pris connaissance des différentes informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à vos questions sur votre participation à la recherche et en comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Fanny Bernard

ANNEXE II
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉTUDIANT



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉTUDIANT

Titulaire (s) du projet :	Fanny Bernard
Nom du programme :	Maîtrise en sciences infirmières
Nom du directeur :	Guy Bélanger
Titre du projet :	Exploration de la perception des infirmiers et des infirmières quant aux facteurs qui influencent leur implication lors de l'implantation d'un changement organisationnel : étude de cas
Commentaires :	

Le CÉR de l'Université du Québec à Rimouski certifie, conjointement avec le titulaire du certificat, que les êtres humains, sujets d'expérimentation, pour ce projet seront traités conformément aux principes **de l'Énoncé de politique des trois Conseils** : Éthique de la recherche avec des êtres humains ainsi que les normes et principes en vigueur de la Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32).

Réservé au CÉR

N° de certificat :	CÉR-84-568
Période de validité du certificat :	Du 4 février 2015 au 3 février 2016

Michel Bélanger, président du CÉR-UQAR

Date de la réunion : Sur courriel

ANNEXE III
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : Exploration de la perception des infirmières quant aux facteurs qui influencent leur implication lors de l'implantation d'un changement organisationnel : étude de cas.

Étudiante-chercheuse : Fanny Bernard

Directeur de recherche : Guy Bélanger, Ph.D.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Le but de cette recherche est de comprendre la perception des infirmières quant aux différents facteurs qui ont influencé leur implication lors de la fusion des unités de médecine et de médecine gériatrie en décembre 2012, permettant ainsi d'expliquer les problèmes vécus à ce moment et tenter de mieux les anticiper dans le futur.

2. Participation à la recherche

La nature de votre collaboration à cette recherche consistera à participer, de façon volontaire et sans aucune contribution financière, à une entrevue semi-dirigée qui se tiendra au CLSC de Caplan entre les mois d'octobre 2014 et janvier 2015. La durée de cette entrevue est approximativement d'une heure et demie. Un enregistrement audio sera utilisé afin de permettre à l'étudiante-chercheuse de bien colliger le contenu de l'entrevue. Vous serez également appelé à valider la synthèse écrite du contenu de votre entrevue afin de s'assurer que celle-ci reflète bien votre pensée. La synthèse écrite vous sera envoyée par la poste. Vous devrez la lire au cours des deux semaines suivant sa réception. Par la suite, la personne ayant procédé aux entrevues vous contactera par téléphone à votre domicile. Cet entretien téléphonique permettra de valider le contenu de l'entrevue.

Les questions de cette entrevue semi-dirigée serviront à répondre à la question de recherche suivante : quelle est la perception des infirmières quant facteurs ayant influencé positivement négativement leur implication lors de la fusion des deux unités de soins?

3. Confidentialité

En aucun cas, votre nom ou prénom ne sera divulgué au cours de cette recherche. La confidentialité des renseignements fournis sera garantie en attribuant un numéro à l'entrevue menée. L'enregistrement audio sera gardé dans un classeur au domicile de l'étudiante-chercheuse. Cet enregistrement sera retranscrit. La retranscription de l'entrevue sera elle aussi identifiée par un numéro. Celle-ci sera également gardée dans un classeur au domicile de l'étudiante-chercheuse. Ce dossier sera gardé jusqu'au dépôt et évaluation du mémoire, prévu en avril 2015. Il sera ensuite détruit par l'étudiante-chercheuse au moment de la diplomation. Lors de la diffusion des résultats, en aucun moment, l'établissement où vous travaillez ne sera identifié. Aucune information personnelle ne pourra être transmise à des personnes extérieures au projet de recherche ou à des organismes sans une autorisation écrite de votre part.

4. Diffusion des résultats

Les résultats issus de la recherche seront diffusés afin d'en faire bénéficier d'autres infirmières, d'autres gestionnaires et d'autres établissements de santé. Ceux-ci seront disponibles par la publication d'un mémoire et la possibilité d'un article scientifique.

5. Avantages

En participant à cette recherche, vous collaborez à la compréhension d'une situation vécue au sein de votre centre de santé et de services sociaux. Vous collaborez également au fait que l'étudiante-chercheuse puisse dégager des recommandations opérationnelles pouvant être transmises aux infirmières et aux dirigeants des établissements de santé, et cela, dans le but d'améliorer l'implication des infirmières lors d'un changement organisationnel. Par le fait même, vous collaborez à la valorisation de la pratique infirmière et à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

6. Inconvénients

En participant à cette recherche, il est possible que le fait de raconter votre expérience vécue au moment de cette fusion d'unités vous amène à ressentir certaines émotions

désagréables auxquelles vous auriez souhaité ne plus vouloir penser. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler à la personne qui dirige l'entrevue, celle-ci pourra, au besoin, vous référer à une personne ressource.

7. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillies, seront détruits au moment de votre retrait.

8. Consentement

Vous déclarez avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à vos questions sur votre participation à la recherche et en comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche. Après réflexion et un délai raisonnable, vous consentez librement à prendre part à cette recherche. Vous savez que vous pouvez vous retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier votre décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur :

(ou de son représentant) _____

Date : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer

avec Fanny Bernard, (étudiante-chercheure) ,

**au numéro de téléphone
suivant :**

(418) 759-1278

**ou à l'adresse de courriel
suivante :**

bernardfanny3@gmail.com

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé sera remis à chaque participant

ANNEXE IV
GUIDE D'ENTREVUE

La perception des infirmières quant aux facteurs ayant influencé leur implication lors de la fusion des deux unités de soins - Étude de cas

Guide d'entrevue

Document de référence destiné à l'interviewer

Par Fanny Bernard
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Université du Québec à Rimouski

Septembre 2014

Directives à l'interviewer

La présente entrevue que vous aurez à conduire est une entrevue dite semi-dirigée. Par définition, ce type d'entrevue permet à l'intervieweur d'interroger des personnes autour de différents thèmes définis au préalable par l'étudiante-chercheure et consignés dans ce guide d'entrevue. Vous aurez à poser les questions tel que cité dans ce guide. Or, il vous est possible d'aller chercher des précisions sur l'information recueillie grâce aux différentes occasions de relance et d'interaction entre vous et la personne interviewée.

Avant d'utiliser ce guide auprès des sujets recrutés, il est important de vous familiariser avec son contenu. Vous devez également signaler à l'étudiante-chercheure tout aspect qui pourrait, à vos yeux, manquer de clarté et porter à confusion.

Début de l'entrevue

Bonjour monsieur ou madame (en aucun cas vous ne devez nommer la personne par son nom ou son prénom, et cela, dans le but d'assurer la confidentialité).

Mon nom est (dites votre nom). J'agirai aujourd'hui en tant qu'intervieweur pour cette entrevue à laquelle vous avez accepté de participer et je vous en remercie. Il faut prévoir environ 1 heure 30 minutes pour la durée de l'entrevue.

Cette entrevue est dite semi-dirigée. Les questions que je vous poserai sont formulées à l'avance. Cependant, selon vos interrogations ou encore vos réponses, il me sera possible de reformuler la question afin d'assurer votre bonne compréhension ou encore d'interagir avec vous, et cela, dans le but de recueillir des informations plus précises.

Cette entrevue consiste essentiellement à connaître votre perception quant à la fusion des deux unités de soins du CSSS de la Baie-des-Chaleurs, en l'occurrence l'unité de médecine et l'unité de médecine-gériatrie survenue en décembre 2012. Il est important de préciser qu'il n'y aucune mauvaise réponse aux questions auxquelles vous répondrez. Nous vous demandons de répondre le plus fidèlement selon votre opinion. Suite à cette entrevue, un résumé sera rédigé par l'étudiante-chercheure et vous sera soumis afin de valider si la synthèse que nous en ferons correspond réellement à votre perception de la fusion des deux unités de soins.

Lorsque le mot gestionnaire est utilisé dans les questions, celui-ci fait référence aux cadres supérieurs et aux cadres intermédiaires de l'organisation, impliqués dans la fusion des deux unités.

Je vous rappelle que cette entrevue sera enregistrée afin de permettre la transcription du verbatim, pour ensuite procéder à son analyse.

À cette étape-ci, avez-vous des questions? (L'interviewer peut répondre aux questions d'ordre logistique).

- L'intervieweur doit remettre au participant(e) une copie du formulaire de consentement signé.
- L'interviewer démarre le magnétophone.
- L'interviewer pose maintenant les questions suivantes :

Questions d'ordre général

1. Au moment de la fusion des unités de soins de médecine et de médecine-gériatrie, sur laquelle de ces deux unités occupiez-vous un poste?
2. Vous occupiez ce poste depuis combien de temps?
3. Quel était votre statut d'emploi?

Questions portant sur la planification du changement

4. Décrivez la façon dont vous avez appris la fusion des unités de médecine et de médecine-gériatrie?
 - Y'a-t-il eu des rencontres d'information tenues par les gestionnaires sur le sujet?
 - Si oui, y avez-vous participé?
 - Quel a été votre niveau de satisfaction à l'égard de ces rencontres d'information?
 - Quelles étaient vos attentes au sujet des rencontres d'information?
 - Décrivez la façon dont les gestionnaires vous ont consulté au sujet de la fusion des deux unités?
 - Quel a été votre niveau de satisfaction à l'égard de cette consultation (par qui auriez-vous aimé être consulté et à quel moment?)
 - Qu'elles étaient vos attentes au sujet de cette consultation?
5. Décrivez la façon dont les gestionnaires ont communiqué leur vision du changement et ses objectifs.
 - Avez-vous été satisfait(e) sur la façon dont les gestionnaires ont communiqué leur vision du changement?
 - Qu'elles étaient vos attentes sur la façon dont les gestionnaires ont communiqué leur vision du changement et ses objectifs?
 - Diriez-vous que vous avez adhéré(e) à la vision des gestionnaires?

- Expliquez en quoi vous pensez que vous adhérez(e) (ou non adhérez(e)) à la vision des gestionnaires (décrivez vos observations).
 - Avez-vous perçu qu'on vous impliquait dans l'atteinte des buts recherchés par la fusion des unités de médecine et de médecine-gériatrie?
6. Décrivez la façon dont les gestionnaires ont fait pour vous impliquer.
- Avez-vous été satisfait(e) de votre niveau d'implication?
 - Quelles étaient vos attentes à l'égard de votre implication dans l'atteinte des buts recherchés par de la fusion des deux unités?
7. Décrivez le support donné par les gestionnaires à l'annonce de cette fusion?
- Quel a été votre niveau de satisfaction à l'égard de ce support?
 - Qu'attendiez-vous comme support de la part des gestionnaires?
8. Avez-vous perçu que vous aviez un rôle de partenaire à assumer dans le projet de cette fusion?
- Si oui, décrivez quel était ce rôle.
 - Décrivez par qui et de quelle façon ce rôle a été clarifié.
 - Avez-vous été satisfait(e) du rôle que vous aviez à jouer?
 - Qu'étaient vos attentes par rapport à ce rôle?
9. Avez-vous perçu que vous aviez des responsabilités à partager à l'égard de cette fusion?
- Si oui, décrivez quelles étaient ces responsabilités.
 - Décrivez par qui et de quelle façon ces responsabilités ont été clarifiées.
 - Avez-vous été satisfait(e) des responsabilités que vous aviez à l'égard de la fusion?
 - Qu'étaient vos attentes par rapport à ces responsabilités?
10. Décrivez comment vous avez perçu que les gestionnaires se préoccupaient des impacts que cette fusion aurait sur vous? (Par exemple au sujet des possibles conséquences au niveau de votre rôle, de votre statut, de vos responsabilités, de la perte de vos collègues ou de votre supérieur immédiat).
- Décrivez vos observations

11. Avez-vous pensé à quitter votre poste lors de l'annonce de la fusion?
- Avez-vous été amené(e), avec la fusion, à prendre soin d'une autre clientèle?
 - Avez-vous été amené(e), avec la fusion, à changer vos fonctions?
12. Avez-vous communiqué aux gestionnaires vos préoccupations à l'égard de cette fusion d'unités?
- Décrivez vos observations.
 - Quel est votre niveau de satisfaction sur la communication que vous avez eue avec les gestionnaires concernant vos préoccupations à l'égard de la fusion des unités?
 - Quelles étaient vos attentes quant à la communication avec les gestionnaires concernant vos préoccupations?

Questions portant sur la mise en œuvre du changement »

13. Avez été sollicité(e) pour participer à la résolution de problèmes liés à la fusion des deux unités?
- Si oui, par qui avez-vous été sollicité(e)?
 - Quel a été votre niveau de satisfaction quant à votre participation à l'égard de la résolution de problème?
 - Quelles étaient vos attentes à l'égard de votre participation quant à la résolution de problème?
14. Avez-vous émis vos idées et vos opinions sur la mise en œuvre de la fusion des deux unités?
- Décrivez vos observations.
15. Y'a-t-il eu des espaces permettant la collaboration et les échanges?
- Décrivez la situation.
16. Avez-vous perçu qu'on a tenu compte de vos idées et de vos opinions lors des différentes prises de décisions? (Y'avait-il de la place pour la créativité, l'initiative et l'innovation).
- Décrivez vos observations.
 - Quel a été votre niveau de satisfaction quant à la prise en compte de vos idées et vos opinions lors des différentes prises de décision ?

- Quelles étaient vos attentes quant à la considération de vos idées et de vos opinions lors des différentes prises de décision?
17. Avez-vous perçu que vous aviez du pouvoir sur les décisions qui concernaient la mise en œuvre de la fusion des deux unités? (par exemple, ce qui touchait l'organisation du travail ou l'organisation des lieux physiques).
- Décrivez vos observations.
 - Quel a été votre niveau de satisfaction quant au pouvoir décisionnel que vous avez eu à ce moment?
 - Quelles étaient vos attentes quant à votre pouvoir décisionnel à ce moment?
18. Avez-vous perçu que vous avez été supporté(e) par les gestionnaires pendant la fusion des deux unités? (formation, mise à jour des compétences, respect des horaires antérieurs).
- Décrivez vos observations.
 - Quel a été votre niveau de satisfaction quant au support apporté par les gestionnaires durant la fusion des deux unités?
 - Quelles étaient vos attentes à l'égard du support apporté par les gestionnaires à ce moment?
19. Avez-vous perçu que les gestionnaires se préoccupaient des impacts que cette fusion avait sur vous?
- Décrivez vos observations.
 - Quel a été votre niveau de satisfaction quant à la préoccupation des gestionnaires sur les impacts que la fusion avait sur vous?
 - Quelles étaient vos attentes quant à la préoccupation des gestionnaires sur les impacts que la fusion avait sur vous?
20. Décrivez la façon dont les gestionnaires ont démontré leur engagement dans la réussite de cette fusion?
- Quel a été votre niveau de satisfaction quant à l'engagement des gestionnaires pendant la fusion des deux unités?
 - Quelles étaient vos attentes quant à l'engagement des gestionnaires à ce moment?

21. Décrivez la façon dont les gestionnaires ont suscité votre engagement pour la réussite de cette fusion?
- Quel a été votre niveau de satisfaction quant à la façon dont les gestionnaires ont suscité votre engagement à ce moment?
 - Quelles étaient vos attentes quant à la façon dont les gestionnaires pouvaient susciter votre engagement à ce moment?
22. Décrivez la façon dont vous vous êtes engagé(e) dans la fusion des deux unités.
23. Décrivez quelques actions que vous avez posées pour contribuer à la réussite du changement.
24. Avez-vous songé à poser des actions (ou avez-vous posé des actions) qui auraient pu nuire à la réussite de la fusion des deux unités?
- Décrivez vos observations.
25. Quel a été votre rôle dans la réussite de la mise en œuvre de la fusion des deux unités?
26. Quel a été votre rôle dans l'échec de la mise en œuvre de la fusion des deux unités?
27. Avez-vous collaboré avec différents partenaires pendant la mise en œuvre de la fusion des deux unités?
- Décrivez vos observations.
 - Quel a été votre niveau de satisfaction quant à votre collaboration avec les différents partenaires?
 - Quelles étaient vos attentes au sujet de votre collaboration avec les différents partenaires ?
28. À quel moment vous avez perçu que vous vous adaptiez à la fusion des unités de médecine et de médecine-gériatrie?
- Décrivez vos observations.
29. Avez-vous communiqué aux gestionnaires vos préoccupations pendant la mise en œuvre de la fusion des deux unités?
- Décrivez vos observations.
 - Quel a été votre niveau de satisfaction quant à la communication entre vous et les gestionnaires à ce moment?

- Quelles étaient vos attentes quant à la communication entre vous et les gestionnaires à ce moment?

Questions portant sur l'appropriation du changement

30. Décrivez la façon dont les gestionnaires vous ont informé(e) de l'atteinte des objectifs visés par la fusion des deux unités?
- Quel a été votre niveau de satisfaction quant à la transmission de cette information?
 - Quelles étaient vos attentes quant à la transmission de cette information à ce moment?
31. Avez-vous perçu que les gestionnaires vous ont donné du feed-back une fois la mise en place de la fusion accomplie?
- Décrivez les observations.
 - Quel a été votre niveau de satisfaction concernant le feed-back donné par les gestionnaires?
 - Quelles étaient vos attentes concernant le feed-back donné par les gestionnaires?
32. Avez-vous perçu que les gestionnaires ont communiqué l'effort et l'engagement des partenaires impliqués dans le changement à l'ensemble de l'organisation?
- Décrivez vos observations
 - Quel a été votre niveau de satisfaction concernant la communication faite à l'ensemble de l'organisation à l'égard de l'effort et de l'engagement des partenaires impliqués?
 - Quelles étaient vos attentes concernant la communication faite à l'ensemble de l'organisation à l'égard de l'effort et de l'engagement des partenaires impliqués?
33. Avez-vous perçu que l'autonomie professionnelle (la vôtre ou celle des autres infirmières) a été valorisée par les gestionnaires pendant tout ce qui a entouré la fusion des deux unités?
- Décrivez vos observations
 - Quel a été votre niveau de satisfaction concernant la valorisation de l'autonomie professionnelle?
 - Quelles étaient vos attentes concernant la valorisation de l'autonomie professionnelle?

34. Avez-vous perçu que votre expertise clinique a été sollicitée dans le but d'améliorer de façon continue le changement?

- Décrivez vos observations.
- Quel a été votre niveau de satisfaction quant à la sollicitation de votre expertise clinique dans un but d'amélioration continue de ce changement?
- Quelles étaient vos attentes quant à la sollicitation de votre expertise clinique dans un but d'amélioration continue de ce changement?

35. Avez-vous perçu que votre expertise clinique a contribué à l'amélioration continue de ce changement?

- Décrivez vos observations.

36. Avez-vous perçu des gains liés à cette fusion d'unité?

- Décrivez vos observations.
- Avez-vous communiqué ces résultats (si oui, à qui les avez-vous communiqués)?

Fin de l'entrevue

Nous avons maintenant terminé l'entrevue. Est-ce que vous auriez des choses importantes que vous aimeriez ajouter en lien avec la fusion des unités de médecine et de médecine gériatrie et qui n'ont pas été abordées pendant l'entrevue ?
(Si oui, l'interviewer laisse parler le sujet librement).

Merci de votre participation.
Au revoir.

ANNEXE V
QUESTIONNAIRE DE HESS TRADUIT PAR PHILIPPE (2007)
MESURANT LE DEGRÉ DE GESTION PARTAGÉE DE LA GESTION DES
SOINS INFIRMIERS

**Questionnaire de Hess traduit par Philippe (2007)
mesurant le degré de gestion partagée de la gestion des soins infirmiers**

Les informations que vous transmettez sont importantes. Assurez-vous de compléter toutes les questions. Rappelez-vous que la confidentialité sera maintenue en tout temps.

Merci de votre participation !

Données générales :

- 1) Indiquez votre titre d'emploi actuel :
 - Assistante infirmière-chef
 - Infirmière
 - Cadre intermédiaire (spécifiez votre titre d'emploi) : _____
 - Cadre supérieur
- 2) Quel est votre statut d'emploi actuel ?
 - Temps plein
 - Temps partiel
 - Temps partiel sur appel
- 3) Indiquez vos années d'expérience dans le réseau de la santé _____
- 4) Indiquez vos années d'ancienneté au sein du CSSS de la Baie-des-Chaleurs

- 5) Indiquez votre niveau de scolarisation ou de diplomation complet :
 - DEC en soins infirmiers
 - Baccalauréat (spécifiez le domaine) : _____
 - Maîtrise (spécifiez le domaine) : _____
 - Autres (spécifiez) : _____

À l'aide de la légende suivante, encerclez le groupe qui exerce un **contrôle** sur les activités suivantes, dans votre milieu de travail :

1. **Gestionnaires seulement**
2. **Essentiellement par le gestionnaire accompagné de quelques infirmières**
3. **Également partagé par le gestionnaire et les infirmières**
4. **Essentiellement par les infirmières accompagnées par le gestionnaire**
5. **Les infirmières seulement**
6. **Je ne sais pas**

9. **Cette activité n'est pas accomplie dans mon milieu**
10. **À mon avis cette responsabilité est assumée par une instance externe**

Partie I

1. Quel groupe contrôle la planification des activités de soins que les infirmières doivent effectuer ?

1	2	3	4	5	6	9	10
---	---	---	---	---	---	---	----

2. Quel groupe contrôle l'élaboration et l'évaluation des normes de qualité concernant la pratique infirmière ?

1	2	3	4	5	6	9	10
---	---	---	---	---	---	---	----

3. Quel groupe contrôle la détermination des niveaux de qualification requis pour obtenir un poste en soins infirmiers au sein de votre établissement ?

1	2	3	4	5	6	9	10
---	---	---	---	---	---	---	----

4. Quel groupe contrôle l'appréciation du rendement du personnel de soins ?

1	2	3	4	5	6	9	10
---	---	---	---	---	---	---	----

5. Quel groupe contrôle la détermination des activités de soins que les infirmières auxiliaires doivent effectuer ?

1	2	3	4	5	6	9	10
---	---	---	---	---	---	---	----

6. Quel groupe contrôle l'application et le suivi des mesures disciplinaires auprès du personnel de soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

7. Quel groupe contrôle la dispensation de la formation du personnel infirmier ?

1 2 3 4 5 6 9 10

8. Quel groupe contrôle les décisions concernant l'embauche des infirmières ?

1 2 3 4 5 6 9 10

9. Quel groupe contrôle les décisions concernant l'embauche du personnel en soutien au personnel de soins (infirmières auxiliaires et/ou préposés aux bénéficiaires) ?

1 2 3 4 5 6 9 10

10. Quel groupe contrôle ou voit à l'avancement professionnel des infirmières et du personnel de soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

11. Quel groupe contrôle ou est responsable d'assigner du personnel de soins à un poste de gestion ou d'assistante infirmière-chef ?

1 2 3 4 5 6 9 10

12. Quel groupe contrôle la sélection des produits qui seront utilisés dans la prestation des soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

13. Quel groupe contrôle ou voit à l'intégration des résultats de recherches en sciences infirmières, dans votre pratique de soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

14. Quel groupe contrôle le choix des modes de prestations des soins (système d'équipe, système modulaire, soins intégraux, etc.) ?

1 2 3 4 5 6 9 10

À l'aide de la légende suivante, encerclez le groupe qui exerce une **influence** sur les activités suivantes dans votre milieu de travail :

1. **Gestionnaires seulement**
 2. **Essentiellement par le gestionnaire accompagné de quelques infirmières**
 3. **Également partagé par le gestionnaire et les infirmières**
 4. **Essentiellement par les infirmières accompagnées par le gestionnaire**
 5. **Les infirmières seulement**
 6. **Je ne sais pas**
-
9. **Cette activité n'est pas accomplie dans mon milieu**
 10. **À mon avis cette responsabilité est assumée par une instance externe**

Partie II

15. Quel groupe exerce une influence sur les horaires du personnel de soins et des infirmières ?

1 2 3 4 5 6 9 10

16. Quel groupe exerce une influence sur la détermination du nombre et du type de personnel requis pour effectuer le travail sur l'unité de soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

17. Quel groupe exerce une influence sur les mécanismes d'ajustement du personnel pour répondre à la fluctuation de l'intensité des soins requis par les patients hospitalisés ?

1 2 3 4 5 6 9 10

18. Quel groupe exerce une influence sur l'assignation quotidienne des patients ?

1 2 3 4 5 6 9 10

19. Quel groupe exerce une influence sur l'inventaire et les commandes des fournitures nécessaires à la prestation des soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

20. Quel groupe exerce une influence sur le débit des admissions/ transferts/ départs ?

1 2 3 4 5 6 9 10

21. Quel groupe exerce une influence sur les activités déterminant les budgets annuels, les ressources requises, l'achat des fournitures et les programmes de formation ?

1 2 3 4 5 6 9 10

À l'aide de la légende suivante, encerclez le groupe qui possède **l'autorité officielle** pour exercer les activités suivantes dans votre milieu de travail :

1. **Gestionnaires seulement**
2. **Essentiellement par le gestionnaire accompagné de quelques infirmières**
3. **Également partagé par le gestionnaire et les infirmières**
4. **Essentiellement par les infirmières accompagnées par le gestionnaire**
5. **Les infirmières seulement**
6. **Je ne sais pas**

9. **Cette activité n'est pas accomplie dans mon milieu**

10. **À mon avis cette responsabilité est assumée par une instance externe**

Partie III

22. Quel groupe possède l'autorité officielle pour élaborer les politiques et les procédures qui précisent ce que les infirmières doivent faire auprès du client ?

1 2 3 4 5 6 9 10

23. Quel groupe possède l'autorité officielle pour rédiger les normes, les standards de soins et les programmes d'amélioration continue de la qualité ?

1 2 3 4 5 6 9 10

24. Quel groupe possède l'autorité officielle pour déterminer les niveaux de qualification pour l'embauche des infirmières à différents postes (par exemple en prévention des infections, assistante infirmière-chef) ?

1 2 3 4 5 6 9 10

25. Quel groupe possède l'autorité officielle pour élaborer les procédures et les attendus concernant l'appréciation du rendement du personnel de soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

26. Quel groupe possède l'autorité officielle pour élaborer la structure organisationnelle qui indique les titres d'emploi et la ligne d'autorité hiérarchique ?

1 2 3 4 5 6 9 10

27. Quel groupe possède l'autorité officielle pour rédiger les règles concernant le fonctionnement et l'organisation du travail ?

1 2 3 4 5 6 9 10

28. Quel groupe possède l'autorité officielle pour déterminer les ressources matérielles et financières annuelles permettant d'assurer la prestation de services ?

1 2 3 4 5 6 9 10

29. Quel groupe possède l'autorité officielle pour élaborer les procédures d'embauche et de mobilité du personnel ?

1 2 3 4 5 6 9 10

30. Quel groupe possède l'autorité officielle pour élaborer les qualifications requises pour occuper un poste de gestion ou d'assistante infirmière-chef ?

1 2 3 4 5 6 9 10

31. Quel groupe possède l'autorité officielle pour rédiger les procédures afin de déterminer les horaires de travail des infirmières et du personnel de soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

32. Quel groupe possède l'autorité officielle pour déterminer et identifier le nombre et le type de personnel requis pour effectuer les soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

33. Quel groupe possède l'autorité officielle pour déterminer les mécanismes qui permettent d'ajuster le personnel en fonction de l'intensité de soins requis par la clientèle hospitalisée (ex : éclosion de gastro-entérite, de grippe, ouverture de lits de soupape etc.) ?

1 2 3 4 5 6 9 10

34. Quel groupe possède l'autorité officielle pour déterminer les critères d'assignation quotidiens des patients à un type d'intervenant particulier (infirmière, infirmière auxiliaire ou PAB) ?

1 2 3 4 5 6 9 10

35. Quel groupe possède l'autorité officielle pour élaborer les pratiques quotidiennes afin de procéder à l'inventaire et aux commandes des fournitures nécessaires à la prestation des soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

36. Quel groupe possède l'autorité officielle pour élaborer les procédures de gestion du débit des admissions/départs/transferts ?

1 2 3 4 5 6 9 10

37. Quel groupe possède l'autorité officielle pour planifier et recommander annuellement le budget concernant les ressources humaines, matérielles de même que les programmes de formation ?

1 2 3 4 5 6 9 10

38. Quel groupe possède l'autorité officielle pour limiter l'accès aux unités de soins, (fermeture de lits en cas d'écllosion grippe, gastro, heures de visite, etc.) ?

1 2 3 4 5 6 9 10

À l'aide de la légende suivante, encerclez le groupe qui **participe** aux activités suivantes dans votre milieu de travail :

1. **Gestionnaires seulement**
2. **Essentiellement par le gestionnaire accompagné de quelques infirmières**
3. **Également partagé par le gestionnaire et les infirmières**
4. **Essentiellement par les infirmières accompagnées par le gestionnaire**
5. **Les infirmières seulement**
6. **Je ne sais pas**

9. **Cette activité n'est pas accomplie dans mon milieu**

10. **À mon avis cette responsabilité est assumée par une instance externe**

Partie IV

39. Quel groupe participe à des comités de travail sur la pratique de soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

40. Quel groupe participe à des comités de travail concernant les problèmes de gestion tels que les horaires de travail, la gestion des lits, les budgets, les ressources humaines, etc. ?

1 2 3 4 5 6 9 10

41. Quel groupe participe à des comités de travail sur l'organisation des modes de prestation de soins (système d'équipe, système modulaire, soins intégraux, etc.) ?

1 2 3 4 5 6 9 10

42. Quel groupe participe à des comités autres que des comités de gestion (comité d'évaluation de la qualité de l'acte, comité clinique, comité approche adaptée à la personne âgée, projets cliniques) ?

1 2 3 4 5 6 9 10

43. Quel groupe participe à des comités de travail multidisciplinaire traitant de la collaboration sur la prestation des soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

44. Quel groupe participe à des rencontres administratives s'intéressant à la planification stratégique du CSSS de la Baie-des-Chaleurs ?

1 2 3 4 5 6 9 10

À l'aide de la légende suivante, encerclez le groupe qui a **accès aux informations** précisées dans chacune des questions énumérées, dans votre milieu de travail :

1. **Gestionnaires seulement**
2. **Essentiellement par le gestionnaire accompagné de quelques infirmières**
3. **Également partagé par le gestionnaire et les infirmières**
4. **Essentiellement par les infirmières accompagnées par le gestionnaire**
5. **Les infirmières seulement**
6. **Je ne sais pas**

9. **Cette activité n'est pas accomplie dans mon milieu**

10. **À mon avis cette responsabilité est assumée par une instance externe**

Partie V

45. Quel groupe a accès aux informations relatives à la qualité des soins infirmiers dispensés à l'unité ?

1 2 3 4 5 6 9 10

46. Quel groupe a accès aux informations relatives à la réglementation de la pratique de soins en conformité avec les exigences des organismes de réglementations externes (OIIQ, OIIAQ, Agrément Canada) ?

1 2 3 4 5 6 9 10

47. Quel groupe a accès aux informations relatives aux budgets anticipés de l'unité de même qu'aux dépenses actuelles ?

1 2 3 4 5 6 9 10

48. Quel groupe a accès aux informations relatives au statut financier de l'établissement ?

1 2 3 4 5 6 9 10

49. Quel groupe a accès aux informations relatives à la planification stratégique de votre unité de soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

50. Quel groupe a accès aux informations relatives à la planification stratégique du CSSS de la Baie-des- Chaleurs pour les prochaines années ?

1 2 3 4 5 6 9 10

51. Quel groupe a accès au taux d'assurance salaire sur son unité de soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

52. Quel groupe a accès aux informations relatives aux résultats de sondages relatifs à la satisfaction des employés en général ?

1 2 3 4 5 6 9 10

53. Quel groupe a accès aux informations relatives à la satisfaction des médecins et des infirmières en regard de la collaboration professionnelle ?

1 2 3 4 5 6 9 10

54. Quel groupe a accès aux informations concernant le taux de temps supplémentaire du personnel sur son unité ?

1 2 3 4 5 6 9 10

55. Quel groupe a accès aux informations relatives aux résultats de sondages sur la satisfaction des infirmières face à leur pratique de soins en général ?

1 2 3 4 5 6 9 10

56. Quel groupe a accès aux informations relatives aux résultats de sondages sur la satisfaction des infirmières face à leur salaire et bénéfices marginaux ?

1 2 3 4 5 6 9 10

57. Quel groupe a accès aux informations relatives aux opinions que les gestionnaires ou les personnes en autorité ont sur la pratique de soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

58. Quel groupe a accès aux informations relatives aux opinions que l'équipe médicale a face à la pratique de soins ?

1 2 3 4 5 6 9 10

59. Quel groupe a accès aux informations relatives aux ressources informationnelles scientifiques (revues, livres et bibliothèque) ?

1 2 3 4 5 6 9 10

ANNEXE VI
LETTRE D'INVITATION ADRESSÉE AUX INFIRMIÈRES ET AUX
GESTIONNAIRES

Lettre d'invitation adressée aux infirmières des unités de médecine et de médecine-gériatrie ainsi qu'aux membres du comité de direction du CSSS de la Baie-des Chaleurs afin de susciter leur participation à un projet de recherche (étude de cas) intitulé :

EXPLORATION DE LA PERCEPTION DES INFIRMIERS ET DES INFIRMIÈRES QUANT AUX FACTEURS QUI INFLUENCENT LEUR IMPLICATION LORS DE L'IMPLANTATION D'UN CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

Bonjour,

Cette lettre vous invitant à participer à ce projet de recherche a pour but de vous préciser toutes les informations pertinentes afin que vous soyez en mesure d'accepter de participer en toute connaissance de cause. À cet effet, nous vous recommandons de lire attentivement cette lettre d'information et de nous contacter si des informations complémentaires vous apparaissent nécessaires.

Description du projet de recherche

Ce projet de recherche est mené par Fanny Bernard, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), sous la supervision de Guy Bélanger, Ph.D. Professeur Directeur du comité de programmes d'études avancées en sciences infirmières à l'UQAR.

Ce projet de recherche comporte deux volets. Le premier volet consiste essentiellement à mieux comprendre la perception des infirmier(e)s des unités de médecine et de médecine-gériatrie relativement aux différents facteurs qui ont pu influencer leur implication lors de la fusion permanente de ces deux unités de soins en janvier 2013.

Le deuxième volet vise à explorer la perception des infirmier(e)s et des gestionnaires quant à l'utilisation du mode de gestion partagée au sein de l'établissement. C'est d'ailleurs en lien avec ce deuxième volet que vous êtes actuellement invité à participer à ce projet de recherche.

Le but de ce projet de recherche

- Permettre de mieux comprendre les perceptions des infirmier(e)s quant aux différents facteurs qui influencent leur implication lors de l'implantation d'un changement organisationnel imposé ;
- Expliquer les problèmes vécus au moment de ce changement organisationnel ;
- Anticiper les différents problèmes potentiels lors des changements organisationnels futurs ;
- Connaître la perception des infirmier(e)s et des gestionnaires quant à l'utilisation du mode de gestion partagée au sein de leur organisation.

Votre participation au projet de recherche

Votre participation à ce projet consiste à compléter un questionnaire « papier » que vous trouverez joint à cet envoi. Ce questionnaire est composé de 5 questions de nature sociodémographiques ainsi que de 59 questions à choix multiples qui abordent le concept de gestion partagée, par différents groupes au sein de votre établissement. Les questions à choix multiples permettent de mesurer les dimensions de contrôle, d'influence sur la gestion des ressources nécessaires à la pratique professionnelle, de reconnaissance organisationnelle, de participation aux prises de décision et

d'accès à l'information.

La réponse à ce questionnaire s'effectue par écrit. Vous devez encrer la réponse qui traduit votre opinion le plus fidèlement possible. Une fois terminé, vous nous retournez le questionnaire complété en utilisant l'enveloppe préaffranchie.

Nous vous invitons à nous faire parvenir les questionnaires complétés au plus tard le 15 mars 2015.

Les résultats escomptés par ce projet de recherche

- Identifier les facteurs qui influencent l'implication des infirmier(e)s lors d'un changement organisationnel imposé ;
- Mesurer le niveau d'utilisation du mode de gestion partagée parmi les infirmier(e)s et les gestionnaires de l'établissement ;
- Outiller les gestionnaires des établissements dans la mise en œuvre d'un changement organisationnel et dans l'implication auprès des infirmier(e)s ;
- Consolider la formation aux gestionnaires et aux infirmier(e)s des établissements sur les bonnes pratiques liées aux changements organisationnels ;
- Valoriser la pratique infirmière ;
- Dégager des recommandations opérationnelles qui permettront, pour le futur, l'implantation de changements réfléchis, planifiés, réussis et tenant compte de la dimension humaine.

Risques et inconvénients potentiels

À l'heure actuelle nous n'avons pas identifié de risques ou d'inconvénients particuliers au fait de répondre à ce questionnaire si ce n'est le fait que cet exercice vous prendra du temps. Cependant, n'hésitez pas à contacter l'étudiante-chercheuse pour toute question complémentaire relative aux risques potentiels ou pour demander qu'une aide vous soit apportée. Toutes les données recueillies à l'aide des questionnaires seront traitées de façon confidentielle. Aucun des questionnaires n'étant signé, il sera impossible pour toute personne autre que l'étudiante-chercheuse de vous identifier. Vu la structure du questionnaire, nous évaluons le risque d'identification, par l'étudiante-chercheuse, minime.

Les questionnaires seront conservés dans un classeur au domicile de l'étudiante-chercheuse. Ceux-ci seront détruits une fois que les résultats auront été compilés uniquement dans l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse. Cet ordinateur n'est accessible que par l'ouverture d'une session protégée par mot de passe.

Communication des résultats

Dans le cadre de ce présent projet de recherche nous compilerons les résultats obtenus par vos réponses aux questionnaires de manière à répondre à un des objectifs du projet qui consiste à dégager un portrait global de l'utilisation du mode de gestion partagée par les infirmier(e)s et les gestionnaires au sein de l'établissement.

Lorsque le projet de recherche sera terminé, chacun des participant(e)s qui le souhaitera recevra une copie numérisée du projet. Nous prévoyons également organiser un midi-clinique au sein de l'établissement afin de présenter les résultats du projet de recherche.

Compensation et dépenses

Aucune indemnité ne vous sera versée pour votre participation.

Personnes-ressources

Pour toute question relative à ce projet de recherche, vous pouvez contacter, Fanny Bernard, étudiante-chercheur au numéro de téléphone suivant :
418-759-1278
ou encore à l'adresse courriel suivante :
bernardfanny3@gmail.com

Liberté de participation

Votre participation est entièrement volontaire. Votre consentement à participer au projet de recherche nous sera signifié par le simple fait de nous retourner le questionnaire dûment complété.

Certification éthique

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski en janvier 2015 (numéro de certification: CÉR-84-568).

Il est à noter que le comité d'éthique de la recherche ayant approuvé ce projet de recherche pourrait éventuellement consulter nos dossiers de recherche à des fins de contrôle et vous contacter le cas échéant. Les membres de ce comité adhèrent tous à une politique de stricte confidentialité.

Conflit d'intérêts

Sans objet.

Nous vous remercions à l'avance de l'intérêt que vous porterez à notre projet de recherche et nous ne saurions trop insister sur l'importance de votre participation.

Cordialement,

Fanny Bernard
étudiante-chercheure
à la maîtrise en sciences infirmières,
Université du Québec à Rimouski.

RÉFÉRENCES

- Abualrub, R., et Alghamdi, M. (2012). The impact of leadership styles on nurse's satisfaction and intention to stay among Saudi nurses. *Journal of Nursing Management*, 20, 668-678.
- Académie française. (Éd.) (2019) Dictionnaire de l'Académie française. Paris: Impr. nationale.
- AIIC. (2015). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*. Ottawa, Ontario.
- Anderson, F. (2011). A case for measuring governance. *Nursing Administration Quarterly*, 35(3), 197-203.
- Antonakis, J., Avolio, B. J., et Sivasubramaniam, N. (2003). Context and leadership: an examination of the nine-factor full-range leadership theory using the Multi-factor Leadership Questionnaire. *The leadership Quarterly*, 14, 261-295.
- Audet, M. (2009). Le développement organisationnel: plus essentiel que jamais. *Effectif*, 12(3).
- Avenier, M.-J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes: post-modernisation ou pragmatisme? *Management & Avenir*, 43, 372-391.
- Avolio, B. J. (1999). *Full Leadership Development Building the Vital Forces in Organizations* (S. Publications Éd.).
- Bakewell, S. (2004). Shared governance in an integrated health care network. *AORN Journal*, 80(3), 493-514.
- Bamford-Wade, A., et Moss, C. (2010). Transformational leadership and shared governance: an action study. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 815-821. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01134.x
- Barden, A., Griffin, Q., Mary, T., Donahue, M., et Fitzpatrick, J. (2011). Shared governance and empowerment in registered nurses working in a hospital setting. *Nursing Administration Quarterly*, 35(3), 212-218.
- Bareil, et Gagnon, J. (2005). Facilitating the Individual Capacity to change. *Gestion 2000*, 22(5), 177-194.
- Bareil, C. (1997). *Dynamique des phases de préoccupations et prédiction de l'adoption d'une innovation: une étude diachronique*. (Thèse de doctorat), Université de Montréal, Montréal. (269 p.)
- Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement* (L. É. TRANSCONTINENTAL et L. E. D. L. F. D. L'ENTREPRENEURSHIP Éd.).
- Bareil, C. (2008). Démystifier la résistance au changement: questions, constats et implications sur l'expérience. *Télescope*, 14(3).
- Bareil, C. (2015). Leviers d'accompagnement d'une transformation réussie: gouvernement, structure, méthodologie et rôles. *Le Point en santé et services sociaux*, 11(1).

- Bareil, C., et Savoie, A. (1999). Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel. *Gestion*, 24(3).
- Bashein, B., Markus, L., et Riley, P. (1994). Preconditions for BRP succes. *Systems Management*, 11(2), 27-38.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and Performance beyond Expectations*.
- Bass, B. M. (1990). *Bass & Stogdill's handbook of leadership: theory, research and managerail applications*. (T. f. press Éd. 3ième édition éd.). New York, NY.
- Bass, B. M. (1998). *Transformational Leadership : Industrial, Military and Educational Impact* (L. Elbaum Éd.).
- Bechir, B. (2008). *Impact de l'approche managériale sur la performance organisationnelle en matière de la gestion des connaissances dans le secteur de la haute technologie*. (Maîtrise), Université du Québec à Montréal.
- Beckett, P., Field, J., Molloy, L., Yu, N., Holmes, D., et Pile, E. (2013). Practice What You Preach: Developing Person-Centred Culture in Inpatient Mental Health Settings through Strengths-Based, Transformational Leadership. *Mental Health Nursing*, 34, 595-601.
- Bédard, B., Benoit, D., et Viens, C. (2005). *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*. Montréal, QC: Association des hôpitaux du Québec Repéré à <http://biblio.uqar.ca/archives/24870542.pdf>.
- Bergeron, P. (2001). *La gestion dynamique - Concepts, méthodes et applications* (G. M. Éditeur Éd.). Boucherville, Québec.
- Bergeron, P., et Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec *Dans Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C., & Bélanger, G. (dir.), Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*. St-Nicolas: Les Presses de l'Université Laval.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Bisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R., et Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 136-153.
- Bourgelas, S. (1999). *Le processus décisionnel stratégique des entrepreneurs de petites entreprises industrielles*. (Maîtrise), Université du Québec à Trois-Rivières.
- Cascio, W. F. (1995). Whiter Industrial and Organizational Psychology in a Changing World of Work? *American Psychologist*, novembre, 928-939.
- Casida, J. (2007). *The Relationship of Nurses Manager's Leadership Styles and Nursing Unit Organizational Culture in Acute Care Hospitals in New Jersey*. Seton Hall University. (AA 13252200)
- Casida, J., et Parker, J. (2011). Staff nurse perceptions of nurses manager leadership styles and outcomes. *Journal of Nursing Management*, 19, 478-486.
- Casida, J., et Pinto-Zipp, G. (2008). Leadership-Organizational Culture Relationship in Nursing Units of Acute Care Hospitals. *Nursing Économic*, 26(1), 7-15.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé.
- Champagne, F., et Denis, J.-L. (1990). Pour comprendre le changement dans les organisations. *Gestion*, 15(1), 44-55.
- Chanlat, J.-F. (2013). Les études critiques en management. *Communication*, 31(1), 1-25.

- Chanlat, J.-F., et Séguin, F. (1987). *L'analyse des organisations une anthologie sociologique Tome II: les composantes de l'organisation* (G. Morin Éd.).
- Chaqri, S. (2009). *Les Écoles de la théorie des organisations*. (maîtrise), Université Ibnou Zohr.
- Collerette. (2010). Comment communiquer le changement. *Gestion*, 34(4), 39-47.
- Collerette, P. (2008a). Pour une gestion du changement discipliné dans l'administration publique. *Télescope*, 14(3), 32-49.
- Collerette, P. (2008b). Pour une gestion du changement discipliné dans l'administration publique. *Télescope*, 14(3), 33-49.
- Collerette, P., Legris, P., et Manghi, M. (2006). A Successful It Change in a police Service. *Journal of change Management*, 6(2), 159-179.
- Collerette, P., Schneider, R., et Legris, P. (2003). La gestion du changement organisationnel: Communication et changement. *Iso Management Systems*, mai-juin, 48-57.
- Corrigan, P. W., Lickey, S. E., Champion, J., et Rashid, F. (2000). Mental health team leadership and consumers satisfaction and quality of life. *Psychiatric Services*, 51(6), 781-785.
- Daft, R., et Marcic, D. (Éds.). (2009). *Understanding Management* (South-Western Cengage Learning éd.). États-Unis.
- DeGroot, T., Kiker, D. S., et Cross, T. C. (2000). A meta-analysis to review organizational outcomes related to charismatic leadership. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 17(4), 356-371.
- Demers, C. (1999). De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. *Gestion*, 24(3), 131-139.
- Denis, J.-L., et Champagne, F. (1990). Pour comprendre le changement dans les organisations. *Gestion*, 15(1), 44-55.
- Dirks, K. T., et Ferrin, D. L. (2002). Trust in leadership: Meta-analytic findings and implications for research and practice. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 611-628.
- Doody, O., et Doody, C. M. (2012). Transformational leadership in nursing practice. *British Journal of Nursing*, 21(20), 1212-1218.
- Doran, D., McCutcheon, A., Evans, M., MacMillan, K., Hall, M., et Pringle, D. (2004). Impact of the manager's Span of Control on Leadership and Performance. *Canadian Health Services Research Foundation*.
- Dumdum, U. R., Lowe, K. B., et Avolio, B. J. (2002). A meta-analysis of transformational and transactional leadership correlates of effectiveness and satisfaction: An update and extension. Dans J. Press (Éd.), *Transformational and Charismatic leadership: The Road Ahead*.
- Dvir, T., Eden, D., Avolio, B. J., et Shamir, B. (2002). Impact of transformational leadership on follower development and performance: A field experiment. *Academy of Management Journal*, 45, 735-744.

- Fabi, B., Martin, Y., et Valois, P. (1999). Favoriser l'engagement organisationnel des personnes oeuvrant dans une organisation en transformation. *Gestion*, 24(3), 102-113.
- Forbes-Thompsons, S., Gajewski, B., Scott-Cawiezell, J., et Dunton, N. (2006). An exploration of nursing home organizational process. *Western Journal of Nursing Research*, 28(8), 935-954.
- Fray, B. (2011). Evaluating Shared Governance: Measuring Functionality Unit Practice Councils at the Point of Care. *Creative Nursing*, 17(2), 87-95.
- Fujitas, L., Harris, M., et Johnson, K. (2009). Nursing Peer Review: Integrating a Model in a shared Governance Environment. *The Journal of Nursing Administration*, 39(12), 524-530.
- Fullan, M. (1972). Overview of the Innovative Process and Uses. *Interchange*, 2(3), 1-46.
- Furtado, L. R., Batista, M. C., et Francisco. (2011). Leadership and job satisfaction among Azorean hospital nurses: an application of the situational leadership model. *Journal of Nursing Management*, 19(8), 1047-1057. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01281.x
- Furtado, L. R., Batista, M. C., et Silva Ferreira, F. J. (2011). Leadership and job satisfaction among Azorean hospital nurses: an application of the situational leadership model. *Journal of Nursing Management*, 19, 1047-1057.
- Gagnon, Y.-C. (2012). *L'Étude de cas comme méthode de recherche* (P. d. I. U. d. Québec Éd. 2e Édition éd.).
- Gaguski, M. E., et Begyn, P. (2009). A unique model of shared governance. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), 385-388. doi: 10.1188/09.ONF.385-388
- Geis, G. T. (1985). Risk Taking, Innovations and Organizational Environments. *Frontiers in Creative and Innovative Management*, 157-161.
- Gervais, M. (1998). Repenser le concept d'évaluation de l'efficacité d'une organisation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 13(2), 89-112.
- Gilbert, P. (2008). Transformer, c'est aussi (dés)apprendre. *Télescope*, 14(3), 51-61.
- Giroux, N., et Giordano, Y. (1998). Les deux conceptions de la communication du changement. *Revue française de gestion, septembre-octobre*, 98-107.
- Goodman, P. s., et Kurke, L. B. (1982). Studies of Change in Organizations : A Status Report. *Change in Organizations*, 1-46.
- Goulet, O. (2002). Une pratique infirmière autonome: un projet ambitieux *Dans Goulet, Dallaire (dir.), Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Gouvernement. (2015). *La gestion du changement. Cadre de référence*. Québec.
- Hamelin Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., et Lefrançois, L. (2007). Engaging health care workers in improving their work environment. *Journal of Nursing Management*, 15, 313-320.
- Herman-Taylor, R. J. (1985). Finding new Ways of Overcoming Resistance to Change. *Organizational Strategy anf Change*, 383-411.
- Hess, R. (1994). *The measurment of professional nursing governance*. (Thèse de doctorat), University of Pennsylvania.
- Hess, R. (1995). Shared Governance Nursing's 20th Century Tower of Bable. *The Journal of Nursing Administration*, 25(5), 14-17.

- Hess, R. (1998). Measuring Nursing Governance. *Nursing Research*, 47(1), 35-42.
- Hess, R. (2004). From the bedside to boardroom-Nursing shared governance. *Journal of Issues in nursing*, 9(1).
- Hess, R. (2011). Slicing and dicing shared governance: In and around the numbers. *Nursing Administration Quarterly*, 35(3), 235-241.
- Hess, R. G. J. (2011). Slicing and dicing shared governance: In and around the numbers. *Nursing Administration Quarterly*, 35(3), 235-241.
- Jacob, R., et Ducharme, R. (1995). *Changement Technologique et gestion des ressources humaines*. (G. Morin Éd.). Montréal.
- Jacob, R., Rondeau, A., et Normandin, F. (2008). La gestion du changement stratégique dans les organisations du secteur public et parapublic: le point de vue des praticiens. *Télescope*, 14(3), 107-113.
- Johnson, K., Johnson, C., Nicholson, D., Potts, C., Raiford, H., et Shelton, A. (2012). Make an impact with transformational leadership and shared governance. *Nursing Management*, 43(10), 12-17.
- Karasek, R., et Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life* (B. Books. Éd.). New York.
- Kotter, J. P. (1995). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*, mars-avril, 59-67.
- Kramer, M. W., et Crespy, D. A. (2011). Communicative collaborative leadership. *The leadership Quarterly*, 22, 1024-1037.
- Lamoureux, J., Judkins-Cohn, T., Butao, R., McCue, V., & , et Garcia, F. (2014). Measuring perceptions of shared governance in clinical practice: psychometric testing of the RN-focused Undex of Professional Governance. *Journal of Research in Nursing*, 19(1), 69-87.
- Lavoie-Tremblay, M., Bonin, J.-P., Lesage, A. D., Bonneville-Roussy, A., Lavigne, G. L., et Laroche, D. (2010). Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *Health Care Manager*, 29(4), 293-304. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/HCM.0b013e3181fa022e>
- Lavoie-Tremblay, M., Bourbonnais, R., Viens, C., Vézina, M., Durand, P. J., et Rochette, L. (2004). Improving the psychosocial work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 655-664.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gélinas, C., et Marchionni, C. (2008). Creating a healthy workplace for new-generation nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-297.
- Lejeune, H. (2004). Être agréé, une fierté partagée. *Perspectives infirmières*, 1(6), 71-91.
- Lindholm, M., Sivberg, B., et Uden, G. (2000). Leadership styles among nurse managers in changing organizations. *Journal of Nursing Management*, 8(6), 327-335.
- Little, B., et Little, P. (2006). Employee engagement: Conceptual issues. *Journal of Organizational Culture, Communications, and Conflict*, 10, 11-120.
- Lozeau, D. (2002). Les chemins toruteux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec. *Gestion*, 3(27), 1-10.

- McDowell B., J., Williams L., R., Kautz, D., Madden, P., Heilig, A., et Thompson, A. (2010). Shared Governance: 10 years later. *Nursing Management*, 41(7), 32-37.
- McGuire, E., et Kennerly, S. M. (2006). Nurse managers as transformational and transactional leaders. *Nursing Économique*, 24(4), 179-185.
- McKinsey, L. (2008). McKinsey Global Survey Results: Creating organizational Transformations. *The McKinsey Quarterly*, Juillet.
- Ménard, C. (2002). *Exploration de la démarche de transformation observée lors de la mise en place d'un système intégré de gestion*. (maîtrise), HEC, Montréal.
- Miles, B., Matthew, et Huberman, M. (1994). *An Expanded Sourcebook* (S. Publication Éd. Deuxième édition éd.).
- Mintzberg, H. (1995). *Structure et dynamique des organisations*. (Éditions d'organisations; Éditions agence d'Arc- deuxième tirage éd.). Montréal.
- Morgan, G. (1986). *Image of Organization* (Sage Éd.). Beverly Hills.
- Morin, P. (1988). Pratiques du changement organisationnel. *Revue française de gestion*, mars-avril, 60-66.
- Mourier, P., et Smith, M. (2001). *Conquering Organizational Change*. Atlanta, CEP Press.
- MSSS. (2016). *Glossaire et définitions des termes relatifs au réseau de la santé*. Québec.
- Mullins, L. (2010). *Management and Organizational Behaviour* (P. H. Financial Times Éd.). London.
- Northouse, P. G. (2010). *Leadership Theory and Practices*. Los Angeles, CA.
- OIIQ. (2017). *Le champ d'exercice et activités réservées des infirmières et infirmiers*. Montréal, Québec.
- Overcash, J., et Petty, L. (2012). Perceptions of Shared Governance Among Nurses at a Midwestern Hospital. *Nursing Administration Quarterly*, 36(4), E1-E11.
- Payne, J. K. (2009). A unique model of shared governance. *Oncology Nursing Forum*, 36(4).
- Pheakdey, V. (2007). *Les impacts des incitations monétaires sur l'effort des salariés: positifs ou négatifs?* (maîtrise mémoire), Université de Lyon.
- Philippe, J. (2007). *Évaluation de l'implantation d'un modèle de gestion partagée dans un établissement de soins de longue durée*. (Maîtrise Essai), Université du Québec à Rimouski.
- Pouliot, G. (2005). Le leadership au quotidien. *Objectif Prévention*, 28(4), 14-15.
- Rodwell, J., Noblet, A., Demir, D., et Steane, P. (2009). The impact of the work conditions of allied health professionals on satisfaction, commitment and psychological distress. *Health Care Manage Review*, 34(3), 273-283.
- Rondeau, A. (2008). L'évolution de la pensée en gestion du changement: Leçons pour la mise en oeuvre de changements complexes. *Télescope*, automne, 1-12.
- Rosengren, K., Kullen Engström, A., et Axelsson, L. (1999). The staff's experience of structural changes in the health and medical service in western Sweden. *Journal of Nursing Management*, 7, 289-298.
- Roussel, P. (2000). La motivation au travail-concept et théorie. *Les notes du LIRHE*, Université de Toulouse(no 36), pp. 20.
- Scott, L., et Caress, A. L. (2005). Shared governance and shared leadership: meeting the challenges of implementation. *Journal Nursing Management*, 13, 4-12.

- Séguin, F., et Chanlat, J. F. (1987). *L'analyse de organisations : une anthologie sociologique* (É. Gaëtan Morin Éd.). Montréal, Canada.
- Séguin, F., et Chanlat, J. F. (1992). *L'analyse des organisations : une anthologie sociologique* (É. Gaëtan Morin Éd.). Boucherville, Québec.
- Shu-Fen, S., Boore, J., Jenkins, M., Po-Erh, L., et Yang, M.-J. (2009). Nurses' perceptions of environmental pressures in relation to their occupational stress. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3172-3180.
- Sofarelli, M., et Brown, R. (1998). The need for nursing leadership in uncertain times. *Journal of Nursing Management*, 35(4), 533-542.
- Soparnot, R. (2004). L'évaluation des modèles de gestion du changement organisationnel: de la capacité de gestion du changement à la gestion des capacités de changement. *Gestion*, 29(4), 31-42.
- Souan, C., Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., Lavigne, G., et Thivierge, M. (2009). Une condition gagnante pour réussir l'implantation de changement auprès du personnel de la santé : la formation en organisation des soins, des services et du travail. *Le Point en administration de la santé et services sociaux*, 5(1), 42-45.
- St-Amant, G. (2002). Système d'information et technologies de l'information. Repéré, à Stacey, R. D. (1996). The Science of complexity: An alternative perspective for a strategic change processes. *Strategic Management Journal*, 16, 477-495.
- Stonehouse, D. (2013). You are a manager: should you be a leader? *British Journal of Healthcare Management*, 19(8), 391-393.
- Stordeur, S., D'Hoore, W., et Vandenbergue, C. (2001). Leadership, organizationak stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 533-542.
- Stordeur, S., et Viens, C. (2009). Le leadership transformationnel: place à un investissement professionnel et organisationnel. *Stordeur, S. et D'Hoore, W. Attractivité, fidélisation et qualité des soins*. (pp. 15-35): France. Éditions Lamarre.
- Suryani, A., Van de Vijer, F., Poortinga, Y., et Setiadi, B. (2012). Indonesian leadership styles: A mixed-methods approach. *Asian Journal of Social Psychology*, 15, 290-303.
- Swihart, D., et Porter-O'Grady, T. (2006). Introduction: The concept behind shared governance. *Shared Governance: A practical approach to reshaping nursing practice*. (pp. 1-10.). Marblehead, MA: HCPro, 2006.
- Tichy, N. (1983). The Essentials of Strategic Change Management *The Journal of Business Strategy*, 3(4), 55-67.
- Tremblay, M., Chêvenert, D., Lapalme, M. E., et Doucet, O. (2005). Agir sur les leviers organisationnels pour mobiliser le personnel: le rôle de la vision, du leadership, des pratiques de GRH et de l'organisation du travail. *Gestion*, 30(2), 69-78.
- Vecchio, N., Scuffham, P., Hilton, M., et Whiteford, H. (2010). Work-related injury in the nursing profession: An investigation of modifiable factors. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1067-1078.
- Viens, C., Hamelin Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M., et Brabant, F. (2005). *Organisation des soins et du travail: une revue de littérature pour comprendre et réussir des transformations organisationnelles* (P. I. Universitaires Éd.).

- Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., et Mayrand-Leclerc, M. (2002). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (P. Interuniversitaires Éd.).
- Wade-Bamford, A., et Moss, C. (2010). Transformational leadership and shared governance. *Journal of Nursing Management*, 18, 815-821.
- Weberg, D. (2010). Transformational leadership and staff retention: An evidence review with implications for healthcare systems. *Nursing Administration Quarterly*, 34(3), 246.
- Wellins, R. S., et Murphy, J. S. (1995). Reengineering : Plug into the Human Factors. *Training and Development*, 49(1), 33-37.
- Wilson, J., Speroni Gabel, K., Jones, R. A., et Daniel, M. (2014). Exploring how nurses and managers perceive shared governance. *Nursing*, 44(7), 19-22.
- Yin, R. K. (1981). The Case Study As a Serious Research Strategy *Knowledge*, 3(1), 97-104.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study research : Design and methods*. Thousand Oaks, CA : Sage.

