

Université de Sherbrooke

**Exercice de l'influence :
Perception de trois directrices de soins infirmiers (DSI) au Québec**

Par
Isabelle Thibault
Programme de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
En vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques

Sherbrooke, Québec, Canada
Juillet 2012

Membres du jury d'évaluation

Luc Mathieu, École des sciences infirmières
Frances Gallagher, École des sciences infirmières
Dominique Tremblay, École des sciences infirmières
Madeleine Audet, Faculté d'administration



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-93314-5

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-93314-5

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

**Exercice de l'influence :
Perception de trois directrices de soins infirmiers (DSI) au Québec**

Par
Isabelle Thibault
Programme de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques,
Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke,
Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Les directrices de soins infirmiers (DSI) doivent être en mesure d'exercer de l'influence dans les établissements de santé afin d'accomplir efficacement leur mandat et atteindre leurs objectifs. En 2005, à la suite de la réorganisation du réseau de la santé, les DSI ont vu leur rôle évoluer et se profiler différemment en passant d'un rôle d'autorité hiérarchique à un rôle conseil dans la majorité des établissements de santé au Québec. La présente étude a pour but de décrire la perception de DSI concernant l'exercice de leur influence dans diverses structures de gouverne des soins infirmiers. De façon plus spécifique, l'étude vise à décrire leur contexte et leurs perceptions en regard des manifestations de l'influence, identifier certains facteurs et enfin, présenter le processus de l'exercice de l'influence tel que décrit par les participantes. Une étude de cas multiples a permis d'analyser les particularités et la complexité du phénomène de l'exercice de l'influence des DSI dans son contexte. L'échantillon intentionnel était formé de trois DSI, soit d'une DSI pour chacun des trois principaux modèles actuels de gouverne des soins infirmiers : hiérarchique, rôle conseil et hybride. Par conséquent, chacun des modèles de gouverne représentait un cas dont l'unité d'analyse était la DSI. Une recherche documentaire ainsi que deux entretiens semi-dirigés réalisés auprès de ces trois DSI ont constitué la stratégie de collecte des données. L'analyse qualitative inductive selon Miles et Huberman a été réalisée à l'aide d'une grille initiale d'analyse et les données ont été analysées au fur et à mesure par les membres de l'équipe. Bien que les DSI oeuvraient dans trois modèles de gouverne qui leur conféraient un statut et un rôle différent, les résultats révèlent que les stratégies déployées pour exercer de l'influence sont les mêmes à bien des égards. Plusieurs nuances ont tout de même été soulevées selon le modèle de gouverne en place. En effet, les DSI dans un modèle de gouverne hiérarchique et hybride utilisaient davantage des stratégies relevant du pouvoir fonctionnel, comme la prise de décision concernant la gestion des ressources et la circulation de l'information. Pour sa part, la DSI dans un modèle de rôle conseil employait surtout des stratégies qui relevaient du pouvoir personnel, telles la création de partenariat et l'utilisation de ses connaissances. Aussi, divers facteurs facilitaient l'exercice de l'influence d'une DSI, comme sa crédibilité dans l'organisation alors que d'autres, tels que la multiplicité des paliers organisationnels, étaient plus contraignants. Enfin, les DSI nous ont permis d'illustrer le processus de leur influence. Il est intéressant de constater que ce processus semble être similaire, peu importe le modèle de gouverne des soins infirmiers en place dans l'organisation. Les résultats de la présente étude renseignent donc les milieux cliniques sur diverses réalités associées à la gouverne des soins infirmiers et sur les conditions favorisant l'exercice de l'influence des DSI dans une organisation. L'ébauche du processus de l'influence, tel que perçu par ces DSI, tracera la voie pour des recherches ultérieures qui permettraient le développement d'un modèle illustrant l'exercice de l'influence des DSI au Québec.

Mots-clés : Pouvoir, influence, administration des soins infirmiers, directrices des soins infirmiers, étude de cas.

Dédicace

Ce mémoire est dédié à mes parents, ces deux êtres exceptionnels qui ont su m'enseigner l'importance de la persévérance et de l'accomplissement de soi. Merci de m'avoir outillée à devenir ce que je suis. Je vous aime.

Remerciements

Sans le soutien de plusieurs personnes, ce mémoire n'aurait probablement jamais vu le jour. Mes co-directeurs, ma famille et mes amis ont su m'apporter une aide précieuse tout au long de ce processus.

Luc et Frances, je tiens d'abord à souligner la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié sous votre direction. Vous avez su être des modèles de rôle positifs et m'avez encouragée dans les moments plus difficiles. Je vous remercie pour votre rigueur et votre grande disponibilité tout au long de ce périple. Merci à Mathieu, pour ton appui à un projet qui semblait sans fin. Ton soutien restera à tout jamais gravé dans ma mémoire. Merci pour toutes ces fins de semaine où, malgré toi, tu as pris seul le chemin des montagnes. Merci à notre belle Rose qui t'accompagnait dans ces moments et à la petite « snille » qui me tenait compagnie pendant la rédaction. Merci à maman pour ton aide précieuse et à toute ma famille et mes amis pour leurs nombreux encouragements.

Pour terminer, merci aux organisations qui m'ont permis de me consacrer à mes études en m'octroyant une aide financière. Merci au Centre FERASI, à l'École des sciences infirmières de la Faculté de Médecine et des Sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et au Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS).

Table des matières

DÉDICACE.....	III
REMERCIEMENTS.....	IV
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	8
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1.....	3
PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	7
CHAPITRE 2.....	8
RECENSION DES ÉCRITS	8
2.1 MODÈLES DE GOUVERNE DES SOINS INFIRMIERS	9
2.2 CONCEPTION DU POUVOIR ET DE L'INFLUENCE.....	13
2.2.1 <i>Leadership</i>	13
2.2.2 <i>Pouvoir</i>	15
2.3 MANIFESTATIONS DE L'INFLUENCE DES DSI	21
2.3.1 <i>Stratégies utilisées</i>	21
2.3.2 <i>Résultats de l'influence des DSI</i>	23
2.4 FACTEURS AYANT UN IMPACT SUR L'EXERCICE DE L'INFLUENCE	24
2.4.1 <i>Facteurs facilitateurs</i>	24
2.4.2 <i>Facteurs limitants</i>	25
2.4.3 <i>Impact de la structure organisationnelle sur l'exercice de l'influence</i>	26
CHAPITRE 3.....	31
MÉTHODE	31
3.1 DISPOSITIF DE RECHERCHE	32
3.2 ÉCHANTILLON	32
3.3 COLLECTE DES DONNÉES.....	34
3.3.1 <i>Entretien semi-dirigé</i>	34
3.3.2 <i>Recherche de documents pertinents</i>	36
3.3.3 <i>Questionnaire socio-démographique</i>	37
3.3.4 <i>Journal de bord de la chercheuse</i>	37
3.4 PROCESSUS DE GESTION ET D'ANALYSE DES DONNÉES	38
3.5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	40
CHAPITRE 4.....	42
RÉSULTATS.....	42
4.1 CONTEXTE RELATIF À CHACUN DES CAS.....	43
4.1.1 <i>Modèle de gouverne de rôle conseil</i>	44
4.1.2 <i>Modèle de gouverne hiérarchique</i>	46
4.1.3 <i>Modèle de gouverne hybride</i>	47
4.2 MANIFESTATIONS DE L'INFLUENCE DES DSI	47
4.2.1 <i>Stratégies d'influence communes aux trois DSI</i>	48
4.2.2 <i>État des principales différences selon les modèles de gouverne</i>	54

4.2.3	<i>Stratégies d'influence utilisées et modèle de rôle conseil</i>	56
4.2.4	<i>Stratégies d'influence utilisées et modèle hiérarchique</i>	60
4.2.5	<i>Stratégies d'influence utilisées et modèle hybride</i>	63
4.3	FACTEURS FACILITANT ET LIMITANT L'EXERCICE DE L'INFLUENCE DES DSI	65
4.3.1	<i>Facteurs personnels</i>	66
4.3.2	<i>Facteurs relationnels</i>	68
4.3.3	<i>Facteurs organisationnels</i>	69
4.4	L'EXERCICE DE L'INFLUENCE : UN PROCESSUS	72
4.4.1	<i>Contexte organisationnel</i>	73
4.4.2	<i>Description du processus de l'influence</i>	74
	CHAPITRE 5	80
	DISCUSSION	80
5.1	L'EXERCICE DE L'INFLUENCE : VARIANCE OBSERVÉE DANS LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE GOUVERNE	81
5.1.1	<i>Modèle de rôle conseil : la prédominance du pouvoir personnel</i>	81
5.1.2	<i>Modèle hiérarchique et hybride : un pouvoir fonctionnel considérable</i>	85
5.2	ÉMERGENCE DU PROCESSUS DE L'INFLUENCE	87
5.2.1	<i>Étapes initiales du processus</i>	88
5.2.2	<i>Mobilisation des types de pouvoir</i>	89
5.2.3	<i>Utilisation de stratégies d'influence</i>	89
5.2.4	<i>Facteurs qui ont un impact sur l'influence</i>	90
5.3	LA CRÉDIBILITÉ DE LA DSI : UN FACTEUR INCONTOURNABLE	94
5.4	LA PERCEPTION DU POUVOIR : QU'EN EST-IL POUR LES DSI ?	96
5.5	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	98
5.6	RETOMBÉES DE L'ÉTUDE	100
	CONCLUSION	102
	LISTE DES PUBLICATIONS	105
	ANNEXE 1	111
	LETTRE DE PRÉSENTATION, RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE ET FORMULAIRE D'AUTORISATION	111
	ANNEXE 2	116
	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	116
	ANNEXE 3	124
	GUIDE D'ENTRETIEN	124
	ANNEXE 4	128
	QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	128
	ANNEXE 5	130
	APPROBATION ÉTHIQUE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE ET DE LA RECHERCHE EN SANTÉ CHEZ L'HUMAIN DU CHUS ET DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE	130

Liste des tableaux

TABLEAU 1	LEADERSHIP TRANSFORMATIONNEL ET LEADERSHIP TRANSACTIONNEL, PRINCIPALES DIFFÉRENCES.....	14
TABLEAU 2	DÉFINITION DE L'INFLUENCE ET DES CONCEPTS ASSOCIÉS.....	15
TABLEAU 3	PRINCIPAUX THÈMES EXPLORÉS DANS LES DEUX ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS...	35
TABLEAU 4	ÉLÉMENTS DE CONTEXTE POUR CHACUN DES MODÈLES DE GOUVERNE.....	45
TABLEAU 5	STRATÉGIES PRÉPONDÉRANTES SELON LE MODÈLE DE GOUVERNE.....	54
TABLEAU 6	RÉSULTATS DE L'INFLUENCE DES DSI.....	55
TABLEAU 7	FACTEURS FACILITANT L'EXERCICE DE L'INFLUENCE DES DSI.....	65
TABLEAU 8	FACTEURS LIMITANT L'EXERCICE DE L'INFLUENCE DES DSI	66
TABLEAU 9	ILLUSTRATION DU PROCESSUS DE L'INFLUENCE DES DSI.....	78

Liste des figures

FIGURE 1	MODÈLE DE GOUVERNE DES SOINS INFIRMIERS DE RÔLE CONSEIL	10
FIGURE 2	MODÈLE DE GOUVERNE DES SOINS INFIRMIERS HIÉRARCHIQUE.....	11
FIGURE 3	MODÈLE DE GOUVERNE DES SOINS INFIRMIERS HYBRIDE.....	12
FIGURE 4	LE PROCESSUS SÉQUENTIEL DE LA PRODUCTION DE POUVOIR ET D'INFLUENCE.....	18
FIGURE 5	LA SYNTHÈSE DE L'EXERCICE DE L'INFLUENCE.....	19
FIGURE 6	STRATÉGIES DÉPLOYÉES PAR LES DSI POUR EXERCER DE L'INFLUENCE SELON LE TYPE DE POUVOIR MOBILISÉ.....	49
FIGURE 7	PROCESSUS DE L'EXERCICE DE L'INFLUENCE DES DIRECTRICES DE SOINS INFIRMIERS AU QUÉBEC.....	73

Introduction

Des jeux de pouvoir et d'influence s'exercent inévitablement entre les individus qui composent les organisations de soins. Les directrices de soins infirmiers (DSI) ne font pas exception à la règle et doivent être en mesure d'exercer de l'influence dans les établissements de santé afin d'accomplir efficacement leur mandat et atteindre leurs objectifs. En 2005, à la suite d'une réorganisation du réseau de la santé, les structures organisationnelles et conséquemment les modèles de gouverne des soins infirmiers ont été révisés dans la majorité des établissements de santé au Québec. Toutefois, à la suite de ces transformations, aucune étude n'a permis de documenter les effets de ces changements. Ainsi, il apparaît pertinent de vérifier, d'une part, la capacité des DSI à exercer de l'influence depuis les changements de modèles de gouverne et, d'autre part, comment se manifeste l'exercice de leur influence dans ce nouveau contexte.

Ce mémoire se divise en cinq chapitres. Le premier chapitre expose la problématique, notamment la nécessité pour les DSI d'exercer de l'influence dans ce système de santé complexe et en transformation. Le deuxième chapitre présente les données de la littérature relatives au pouvoir, à l'influence, à ses manifestations et aux facteurs pouvant avoir un impact sur la finalité de l'exercice de l'influence. Un schéma intégrateur permet subséquemment d'identifier les concepts centraux de l'étude. Le troisième chapitre aborde la méthode de recherche qualitative privilégiée. Les résultats de l'analyse sont présentés au quatrième chapitre. Finalement, le dernier chapitre expose la discussion en regard des quatre constats généraux relatifs à l'exercice de l'influence des DSI et des nuances observées dans trois différents modèles de gouverne. Dans ce dernier chapitre, les forces et les limites de la recherche sont décrites, de même que ses retombées.

Chapitre 1

Problématique

Au Québec, environ 275 DSI et Responsables de soins infirmiers (RSI)¹ travaillent chaque jour dans un établissement de santé du réseau public afin d'opérationnaliser un des rôles les plus complexes du réseau de la santé (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2010). En effet, ce groupe relativement restreint de gestionnaires, détenant en majorité un statut de cadre supérieur, est responsable de la qualité de l'exercice infirmier de près de la majorité des 71 371 infirmières détenant un droit de pratique (OIIQ, 2010). Les DSI détiennent un rôle capital dans les organisations puisqu'elles sont responsables de la planification, la distribution, la coordination ainsi que de l'évaluation des services infirmiers en fonction des besoins identifiés, tout en gérant les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles sous leur gouverne (*Loi sur les services de santé et les services sociaux [L.S.S.S.S.]*, 1991).

L'ambitieuse réforme de la santé au Québec en 2005 a engendré la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) en regroupant plusieurs établissements de missions différentes. Un élément incontournable de cette réforme de la santé est l'élargissement des pratiques de gestion par programme, déjà bien implantées en milieu communautaire et en réadaptation, à la majorité des établissements du réseau de la santé (OIIQ, 2004). C'est dans ce contexte que les DSI ont vu leur rôle évoluer et se profiler différemment. Nous avons assisté au passage d'un modèle de gouverne des soins infirmiers hiérarchique, où elles détenaient le contrôle de l'ensemble des ressources en soins infirmiers de l'organisation, à un modèle de rôle conseil d'autorité fonctionnelle dans une majorité des établissements de santé au Québec (CSSS, CH, CHSLD). Bien que chaque organisation ait individuellement redéfini le rôle de la DSI au sein de son établissement, trois principaux modèles de gouverne des soins infirmiers sont actuellement présents dans le réseau de la santé : le modèle hiérarchique qui subsiste dans quelques milieux de soins, celui de rôle conseil et un modèle hybride regroupant certaines fonctions des deux modèles précédents.

¹ Les RSI ont des responsabilités similaires aux DSI, mais elles ne disposent généralement pas de statut particulier dans l'organisation, ni les ressources lui permettant de relever les nombreux défis propres à sa fonction (OIIQ, 2004).

Dans le cadre de leurs fonctions et peu importe le modèle de gouverne des soins infirmiers en place, les DSI ont avantage à utiliser judicieusement leur pouvoir afin de mobiliser les ressources nécessaires dans le but d'exercer de l'influence sur les décisions touchant les soins ainsi que sur les politiques de santé au bénéfice des patients. La surveillance et le contrôle de la qualité des soins infirmiers, la gestion des risques et des plaintes, ainsi que le développement des compétences cliniques des infirmières ne sont que quelques exemples de dossiers importants nécessitant l'exercice de l'influence des DSI (OIIQ, 2004). L'influence se définit comme l'efficacité relative à l'utilisation du pouvoir ou le pouvoir en action (Ouimet, 2008; Parsons, 1963). Elle dépend donc de la capacité que possède la DSI pour saisir le contexte particulier d'une situation, d'un lieu ou d'un moment, d'en évaluer les potentialités et les résistances afin d'y appliquer le minimum de pression pour obtenir le plus grand effet (Huyghe, 2005). L'influence doit donc être au cœur des actions quotidiennes des DSI, afin qu'elles soient en mesure d'atteindre leurs objectifs et ainsi réaliser leurs nombreux mandats prévus par la loi (*L.S.S.S.S.*, 1991).

L'influence exercée par les DSI depuis ces changements de modèles de gouverne des soins infirmiers au Québec est peu documentée. Cependant, plusieurs pays dans le monde ont effectué des réorganisations majeures dans leur réseau de la santé au cours des vingt dernières années et plusieurs auteurs s'entendent pour dire que ces changements ont entraîné une érosion du rôle de DSI et un affaiblissement de la force des infirmières comme groupe professionnel (Carney, 2004 ; Clifford, 1998 ; Wells, 1999). Selon certains auteurs, les DSI auraient davantage de pouvoir dans un modèle de gouverne hiérarchique plutôt que dans un modèle de rôle conseil (Hoelzel, 1989; Kanter, 1993). En effet, *l'Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec* publiée en 2001 par l'OIIQ, indiquait que 42% des DSI et RSI trouvaient difficile d'exercer leur mandat, particulièrement si elles pratiquaient dans un modèle de rôle conseil en contexte de gestion par programme. Plus récemment, en Irlande, les DSI dans un rôle conseil ont également exprimé leur difficulté à exercer de l'influence, notamment lorsque l'autorité hiérarchique sur les infirmières soignantes était confiée à un gestionnaire d'une autre profession (Tracy, 2006). Bien que les qualités personnelles, l'expertise et la capacité d'entrer en relation avec les autres aient un rôle fondamental dans la capacité d'une DSI à exercer de l'influence,

Hoelzel (1989), affirme que leur degré d'influence est directement relié à leur implication dans les processus décisionnels et la gestion stratégique de l'établissement. Leur participation dans ces différentes activités de gestion serait tributaire de la position hiérarchique et du degré d'autorité que l'organisation leur a octroyé (Davies, 2004). Plusieurs études semblent en effet souligner qu'une DSI détenant une autorité hiérarchique et relevant du directeur général est davantage impliquée dans les décisions stratégiques de l'organisation et aurait plus de facilité à exercer de l'influence (Carney, 2004; Goddard et Laschinger, 1997; Hoelzel, 1989; Laschinger et Wong, 2007; Stuart, 1985). Le rôle des DSI, essentiel à la qualité et la prestation sécuritaire des soins est également fondamental pour la réussite des objectifs de l'établissement. Par conséquent, ces dernières doivent élargir la portée de leur influence en participant activement aux discussions et décisions sur la planification stratégique ou tout autre dossier touchant l'ensemble de l'organisation (Thornman, 2004). L'implication des DSI dans la gestion de l'ensemble des activités de l'organisation, au même titre que leurs autres collègues directeurs, est donc indispensable. Pour ce faire, les DSI ont avantage à comprendre la complexité de l'organisation dans laquelle elles évoluent, les différentes structures de pouvoir qui la compose et les relations à l'intérieur de ces structures (Maas, 1988).

Depuis l'instauration de ces modèles de gouverne des soins infirmiers au Québec, aucune étude n'a encore été réalisée pour examiner comment les DSI exercent de l'influence dans ce nouveau contexte. L'état actuel des connaissances ne nous permet pas d'établir si les DSI ont la possibilité d'utiliser leur pouvoir et ainsi exercer de l'influence afin d'actualiser leur mandat tel que défini par la loi (*L.S.S.S.S.*, 1991). Il est également difficile d'évaluer si leur point de vue est considéré dans les décisions des établissements. Par ailleurs, aucune étude n'a documenté concrètement les manifestations de l'exercice de l'influence des DSI dans ces nouvelles structures de gouverne. Une telle étude permettrait de renseigner les établissements sur la réalité vécue par les DSI ainsi que les conditions favorisant l'exercice de leur influence. Pour ces raisons, une recherche exploratoire permettant de comprendre la perception des DSI en regard de l'influence qu'elles exercent dans les organisations de soins s'avère des plus pertinentes.

1.1 But et objectifs de l'étude

La présente étude a pour but de décrire la perception de DSI concernant l'exercice de leur influence dans divers modèles de gouverne des soins infirmiers.

Les objectifs de recherche sont de :

1. Décrire le contexte dans lequel évoluent les DSI depuis les changements de modèles de gouverne ;
2. Décrire les perceptions de DSI en regard des manifestations de leur influence;
3. Identifier leur perception des facteurs facilitant et contraignant l'exercice de leur influence;
4. Proposer une conceptualisation du processus de l'influence.

Le quatrième objectif de l'étude s'est ajouté au cours du processus de recherche qualitative, particulièrement lors de l'analyse qualitative des données, puisque des indications nous permettaient d'aller plus loin dans l'exploration de ce volet.

Chapitre 2

Recension des écrits

La recension des écrits a pour but d'introduire les différents concepts clés de l'étude selon des sources théoriques et empiriques. D'entrée de jeu, un bref portrait des différents modèles de gouverne des soins infirmiers sera dressé. En deuxième lieu, les concepts de pouvoir et influence, deux thèmes au cœur de cette étude, seront décrits. Le troisième sujet abordé portera sur les manifestations de l'exercice de l'influence des DSI. En conclusion de ce chapitre, les principaux facteurs ayant un impact sur l'exercice de l'influence des DSI seront exposés.

La stratégie de recherche utilisée a permis de consulter plusieurs banques de données, notamment CINAHL, MEDLINE, ProQuest Dissertation and Theses, ProQuest Dissertation Library ainsi que PubMed. Les mots-clés utilisés étaient « leadership », « power », « influence » jumelés à « director of nursing », « nurse executive director » et « chief nurse executive ». Parmi une vingtaine d'études identifiées, une dizaine ont été conservées puisqu'elles abordaient plus spécifiquement le sujet de recherche. La stratégie de recherche a inclus plusieurs ouvrages en administration des services infirmiers ainsi qu'en psychologie et en sociologie des organisations. Les études réalisées hors Québec ont été effectuées auprès de gestionnaires occupant une fonction similaire aux DSI, même si le titre d'emploi pouvait différer. Ainsi, afin d'harmoniser la présentation du document, les termes CNE (chief nurse executive) et DON (director of nursing) ont été traduits par DSI (directrice des soins infirmiers).

2.1 Modèles de gouverne des soins infirmiers

Les organisations du réseau de la santé sont dotées de structures organisationnelles permettant d'assurer leur fonctionnement. Ces structures, pour être optimales, doivent être cohérentes avec les buts, les particularités de l'environnement et prendre en compte les ressources humaines, matérielles et financières de l'organisation (Sullivan & Decker, 2009). À l'intérieur de ces structures déployées dans les établissements de santé au Québec, trois modèles de gouverne des soins infirmiers se distinguent, soit le modèle de gouverne de rôle conseil, le modèle hiérarchique et enfin, le modèle hybride. Selon Denis (2002) : « la gouvernance est un instrument pour agir sur la répartition de l'influence dans un

système donné et pour produire un changement. » (p. 3). Ces différents modèles de gouverne se rapportent donc à la structure organisationnelle du système de soins et au partage des responsabilités parmi les membres qui le composent (Denis, 2002).

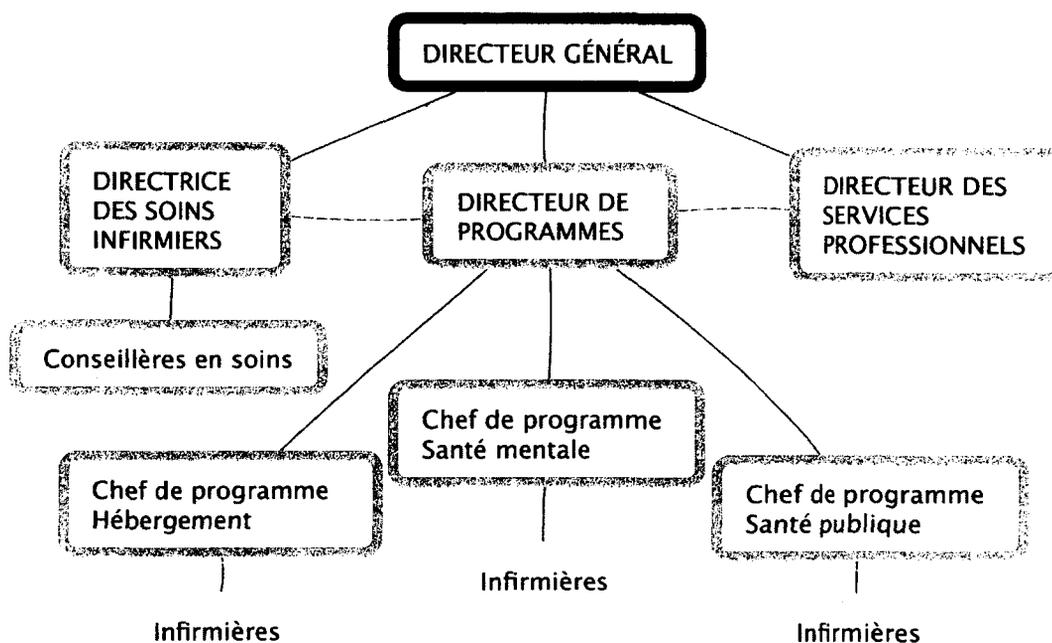


Figure 1. Modèle de gouverne des soins infirmiers de rôle conseil (C)

La structure de gestion par programme, de plus en plus répandue au Québec, est notamment configurée en fonction de l'intégration des services à rendre pour une clientèle ciblée. Ce type de modèle d'organisation a l'avantage d'englober tous les professionnels faisant partie de l'équipe, sans égard à leur fonction, facilitant ainsi l'interdisciplinarité et permettant une meilleure coordination des services (Sullivan & Decker, 2009). Par ailleurs, les DSI ont généralement une autorité fonctionnelle et détiennent un rôle conseil auprès de l'ensemble des autres directeurs (voir figure 1). Dans ce modèle de gouverne des soins infirmiers souvent associé à la gestion par programme, la DSI ne détient pas d'autorité hiérarchique sur les infirmières. Un directeur de programme gérant les cadres intermédiaires détient cette autorité. Par exemple, une infirmière en santé mentale se retrouve sous l'autorité hiérarchique du chef de programme qui n'a pas nécessairement une formation dans la discipline infirmière et qui ne relève pas de la DSI de l'établissement.

Les enjeux de qualité et de sécurité des soins ainsi que l'organisation et la distribution des services infirmiers doivent donc être abordés par la DSI, en collaboration avec l'ensemble des directeurs et chefs de programme.

Dans une organisation privilégiant un modèle de gouverne des soins infirmiers hiérarchique, la DSI est en autorité sur les cadres intermédiaires ou sur les chefs d'unités, lesquelles sont responsables du personnel infirmier. Par exemple, toutes les tâches et les fonctions des infirmières de l'organisation relèvent d'une même direction de soins infirmiers et les décisions y sont généralement centralisées (Sullivan & Decker, 2009). Ainsi, une DSI agit en tant que supérieure hiérarchique des infirmières-chefs de l'hôpital qui elles, gèrent leurs unités ainsi que le personnel en soins infirmiers qui y est rattaché comme l'illustre la figure 2. La DSI peut donc transmettre sa philosophie de soins, sans intermédiaire, dans toutes les unités. Cependant, la coordination entre les différents professionnels d'une même unité peut être plus complexe dans ce type de modèle d'organisation, puisque l'autorité est divisée en fonction des différents groupes et de leur appartenance professionnelle.

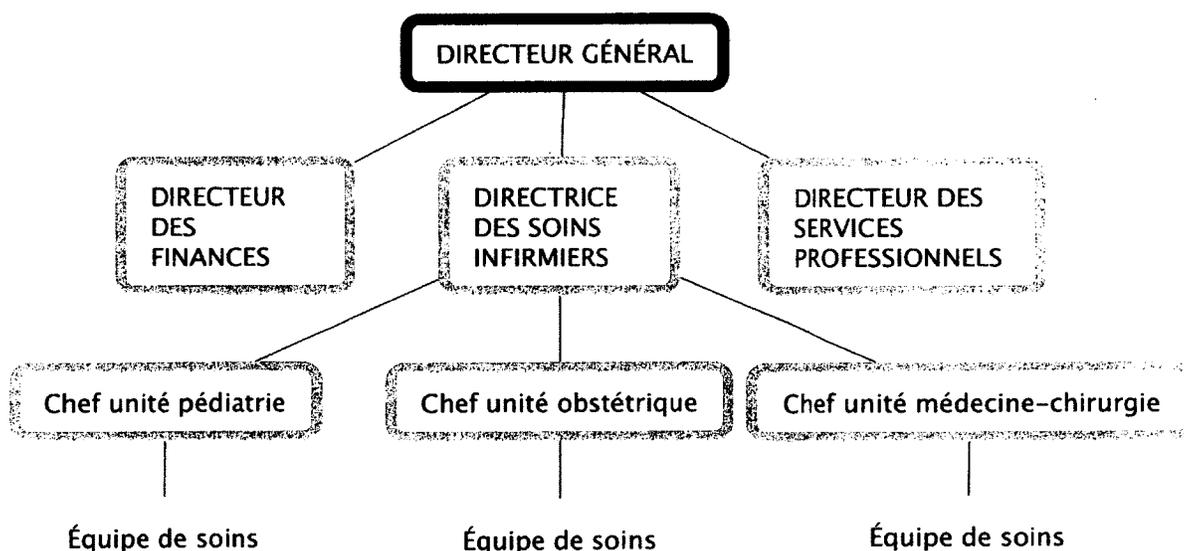


Figure 2. Modèle de gouverne des soins infirmiers hiérarchique (H)

Enfin, l'organisation de soins qui favorise un modèle de gouverne des soins infirmiers hybride fonctionne généralement dans des établissements ayant adopté une gestion par programme ainsi que des unités de soins traditionnelles (Sullivan & Decker, 2009). À titre d'exemple, dans ce type de modèle, la DSI peut exercer une autorité hiérarchique sur un ou des chefs de programme ou des chefs d'unités qui ont sous leur responsabilité des équipes d'infirmières. Elle a cependant une autorité fonctionnelle, donc un rôle conseil sur l'ensemble des autres chefs de programme. La figure 3 illustre ce type de modèle de gouverne qui peut toutefois prendre diverses formes selon la structure organisationnelle privilégiée par l'établissement.

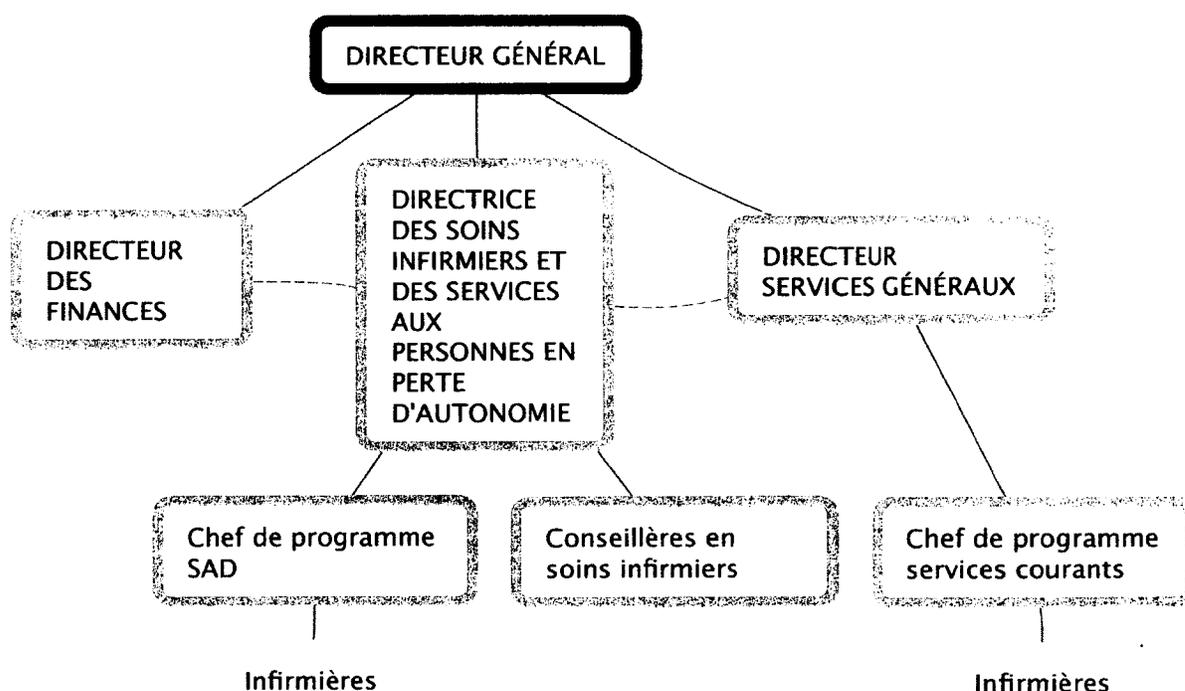


Figure 3. Modèle de gouverne des soins infirmiers hybride (Y)

Les modèles de gouverne des soins infirmiers ne se limitent pas aux trois exemples présentés ci-dessus. Ils représentent toutefois la majorité des modèles rencontrés dans les établissements de santé à l'heure actuelle. Cependant, depuis la réforme dans le réseau de la santé en 2005, le développement de la gestion par programme a conduit à l'implantation

d'un modèle de gouverne des soins infirmiers de rôle conseil dans la plupart des organisations de soins au Québec.

2.2 Conception du pouvoir et de l'influence

Les deux principaux concepts de l'étude sont le pouvoir et l'influence. D'entrée de jeu, il importe de souligner l'ambiguïté dans la littérature à propos de ces concepts. La définition de chacun d'eux ne fait pas l'unanimité parmi les auteurs consultés. Certains auteurs considèrent le pouvoir et l'influence comme synonymes (Hawks, 1991) alors que pour d'autres, ces concepts diffèrent, bien qu'ils soient étroitement reliés (Muchielli, 2009; Ouimet, 2008). Il s'avère toutefois impossible de traiter du pouvoir et de l'influence sans aborder en premier lieu la notion de leadership sur lequel ils reposent. Une brève description du leadership permettra de mieux saisir, par la suite, la subtilité des concepts de pouvoir et d'influence.

2.2.1 Leadership

Le concept de leadership a beaucoup évolué depuis les dernières décennies et l'émergence d'approches contemporaines a favorisé le développement d'une conceptualisation métamorphosée. Aujourd'hui, il est davantage question d'un leadership transformationnel présentant quatre composantes, soit 1) le charisme, qui inspire la vision, 2) l'inspiration, qui motive les autres et les pousse à adopter des comportements appropriés, 3) la considération pour les autres en les respectant et leur confiant des responsabilités ainsi que 4) la stimulation intellectuelle, afin de promouvoir de nouvelles idées et approches (Bass et Avolio, 1994).

Dans la littérature, on compare souvent le leadership transformationnel au leadership transactionnel. Ce dernier fait plutôt référence au rôle traditionnel du management qui renvoie à la gestion des opérations quotidiennes visant l'atteinte des buts

fixés par l'organisation, tandis que le leadership transformationnel est moins restrictif. Les principales différences entre ces deux types de leadership figurent au tableau 1.

Tableau 1
*Leadership transformationnel et leadership transactionnel,
principales différences*

	LEADERSHIP TRANSFORMATIONNEL	LEADERSHIP TRANSACTIONNEL
POSITION DANS L'ORGANISATION	Pas nécessairement relié à la position ¹ Objectifs poursuivis parfois différents de ceux de l'organisation ¹	Relié à position dans l'organisation ¹ Souci de la culture, de l'histoire et des objectifs de l'organisation ¹
POUVOIR	Pouvoir obtenu par la capacité d'influencer les autres ¹ Centré vers l'action ²	Pouvoir hiérarchique et autorité sur des ressources humaines Centré sur les décisions et les résultats ³
QUALITÉS	Axé sur les relations interpersonnelles – soutien à l'autonomisation ³ Visionnaire et passionné ³	Axé sur les fonctions, les tâches et les responsabilités ³ Détient des habiletés politiques ²

1) Grossman et Valiga (2009), 2) Kelly (2009), 3) Marquis et Huston (2009)

Les leaderships transformationnels et transactionnels diffèrent, mais ne sont pas en opposition. Selon Gardner (1990), six éléments démontrent qu'un gestionnaire intègre ces deux types de leadership : la présence d'une vision à long terme, un souci de l'organisation dans son ensemble, un pouvoir d'influence qui dépasse son environnement de travail immédiat, une grande capacité à mobiliser les autres, des habiletés politiques et enfin, un engagement dans l'action et le changement.

La définition du leadership privilégiée pour cette étude s'inspire de plusieurs auteurs qui s'entendent pour dire que le leadership se rapporte à l'habileté d'utiliser le pouvoir, sans exercer de la domination sur les autres, mais en influençant la direction à prendre afin de réaliser sa vision (Grossman et Valiga, 2009; Marquis et Huston, 2009). Le pouvoir, qui découle du leadership, renvoie donc à cette habileté à exercer de l'influence afin d'atteindre les objectifs fixés (Bergeron, 2001; Kanter, 1993; Kelly, 2009), contrairement à une certaine vision du pouvoir davantage axée sur la coercition et la domination sur les autres visant à obtenir un gain personnel (Dahl, 1957; Weber, 1947). L'influence, pour sa part, se

définit comme l'efficacité relative à l'utilisation du pouvoir ou le pouvoir en action qui se manifeste par la modification de l'attitude ou du comportement d'autrui (Ouimet, 2008; Parsons, 1963). L'efficacité du leadership, donc de l'habileté à utiliser le pouvoir afin d'exercer de l'influence, sera à son comble lorsque les objectifs fixés par la personne ou le groupe seront atteints. La définition de ces concepts figure au tableau 2.

Tableau 2

Définition de l'influence et des concepts associés

CONCEPTS	DÉFINITION
LEADERSHIP	Habileté à utiliser le pouvoir en influençant la direction à prendre, afin de réaliser sa vision ^{1,2}
POUVOIR	Habileté actuelle ou potentielle d'exercer de l'influence afin de réaliser les objectifs fixés ^{3, 4,5}
INFLUENCE	Efficacité associée à l'utilisation du pouvoir , le pouvoir en action qui se manifeste par la modification de l'attitude ou du comportement d'autrui ^{6,7}

1) Grossman & Valiga (2009) 2) Marquis & Huston (2009) 3) Kelly (2009) 4) Bergeron (2001) 5) Kanter (1993) 6) Ouimet (2008) 7) Parsons, (1963)

Le leadership ne sera pas abordé de façon plus approfondie dans cette étude, puisque nous nous attarderons davantage au pouvoir et à l'influence comme tels. À la lumière de ces définitions, voici donc les résultats de la recension des écrits selon les deux thèmes centraux, à savoir le pouvoir et l'exercice de l'influence.

2.2.2 *Pouvoir*

Le pouvoir, un phénomène complexe de par sa nature, s'inscrit dans l'existence même de l'être humain. L'historique de l'évolution de la notion de pouvoir permettra de bien saisir le concept et le sens que nous lui attribuerons tout au cours de cette étude. Traditionnellement, le pouvoir détient une connotation négative, soit le contrôle et la domination d'une personne sur une autre dans le but d'obtenir un gain personnel. Dans le passé, le pouvoir d'un individu émanait de ses qualités personnelles plutôt que de ses accomplissements ou réalisations. Il dépendait des attributs physiques plutôt que des

habiletés qu'une personne pouvait posséder (Marquis et Huston, 2009). Plusieurs théoriciens ont donc défini le pouvoir organisationnel sous cet angle. Ainsi, Weber (1947) définissait le pouvoir comme étant la probabilité qu'un acteur occupe une position lui permettant la réalisation de sa volonté nonobstant la résistance des gens assujettis à celle-ci. Dans le même ordre d'idées, Dahl (1957) associait le pouvoir à la capacité de faire accomplir quelque chose à quelqu'un qu'il n'aurait pas fait autrement. Cette pensée managériale classique repose sur la croyance que les individus ont besoin de directives claires, voire même de coercition afin d'atteindre les objectifs fixés par l'organisation. Aussi, pour Crozier et Friedberg (1977), le pouvoir se voulait une relation d'échange entre des individus, mais semblaient favoriser l'une des parties en présence. Selon ces auteurs, le pouvoir apparaît comme un rapport de force, faisant en sorte que l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre. Dans les années 1980, des auteurs tels Pfeffer (1981) et Mintzberg (2003) nous parlaient de charisme individuel en faisant référence à la source classique du pouvoir. Le pouvoir devenait ainsi la capacité d'influencer la production des résultats de l'entreprise (Mintzberg, 2003).

Dans cet esprit, alors que pour certains, le pouvoir se traduit comme un besoin individuel de compétition qui permet d'obtenir le plus possible dans un contexte de rareté de ressources, pour d'autres, le pouvoir devient un outil nécessaire qu'il faut partager dans l'organisation afin de vivre, voire même de survivre dans un système (Kanter, 1993). En effet, au cours des années 1980, le concept de pouvoir dans les organisations prend un nouveau sens et on l'associe davantage à l'atteinte d'un but commun et à un gain collectif. La spécificité des soins infirmiers, soit la capacité d'analyser et de prendre des initiatives implique d'ailleurs une relation avec les autres favorisant le partage du pouvoir (Benner, 1995). Dans les organisations de la santé particulièrement hiérarchisées et dominées par le corps médical, l'exercice du pouvoir peut varier considérablement et dépend, en partie, sur l'organisation des pratiques professionnelles dans chaque milieu ainsi que la relation des professionnels entre eux (Freidson, 1986). Par ailleurs, Ashley (1973) notait, il y a plus de 35 ans, que l'enjeu des soins infirmiers dans les organisations de la santé n'était pas le manque de pouvoir comme tel, mais la difficulté à reconnaître et utiliser le pouvoir disponible.

Quoi qu'il en soit, pour plusieurs auteurs, le pouvoir représente l'habileté à créer et à utiliser les ressources nécessaires afin d'atteindre les buts fixés (Kanter, 1993; Kelly, 2009). Kanter (1993) réfère également à l'importance des transactions interpersonnelles et la capacité à mobiliser les employés et collègues dans sa définition du pouvoir. D'autres auteurs ajoutent que le pouvoir réside dans l'habileté à exercer de l'influence sur les attitudes et comportements des autres (Marquis et Huston, 2009). Dans le cadre de la présente étude, cette vision modernisée du pouvoir sera privilégiée.

2.2.3 *Influence*

Selon certains auteurs, il existe une relation directe entre le concept de pouvoir et l'exercice de l'influence. En effet, des auteurs définissent l'influence comme l'efficacité relative à l'utilisation du pouvoir, l'action collective ou encore le pouvoir en action (Ouimet, 2008; Parsons, 1963). Pour Ouimet (2008) la capacité d'influence appartient en propre à l'individu et le simple fait de posséder certaines qualités confère la capacité d'influencer les autres. Le processus séquentiel de la production de pouvoir et d'influence qu'il a d'ailleurs illustré est représenté à la figure 4. Selon cet auteur, les prérogatives hiérarchiques ainsi que les attributs personnels confèrent le pouvoir à une personne. Ce pouvoir se manifeste concrètement en influence lorsque le comportement ou l'attitude d'autrui est modifié. L'influence est donc considérée comme étant un phénomène fondamental de la communication et ultimement, l'efficacité relative à l'utilisation du pouvoir. En fait, toute communication constituerait en soi une tentative d'influence (Muchielli, 2009). Dans le même ordre d'idées, Dallaire (2002) postule que l'influence politique se compose de trois éléments, à savoir la communication, la collectivité et la collégialité. Ces deux auteurs affirment que pour être en mesure d'influencer un individu ou un groupe, les idées qu'une personne tente de transmettre doivent avoir suffisamment de sens pour que les interlocuteurs modifient leurs attitudes et comportements en fonction de ce qui est attendu ou désiré (Dallaire, 2002; Muchielli, 2009). L'importance de la qualité de la relation entre la personne qui exerce de l'influence et l'interlocuteur prend ici tout son sens. L'efficacité de l'influence vient donc de la capacité à saisir le contexte particulier

d'une situation, d'un lieu ou d'un moment, d'en évaluer les potentialités et les résistances afin d'y appliquer le minimum de pression pour obtenir le plus grand effet (Huyghe, 2005). Par conséquent, la capacité d'influence d'un individu semble fortement liée à son pouvoir personnel, soit sa crédibilité, ses relations interpersonnelles et sa capacité de persuasion.

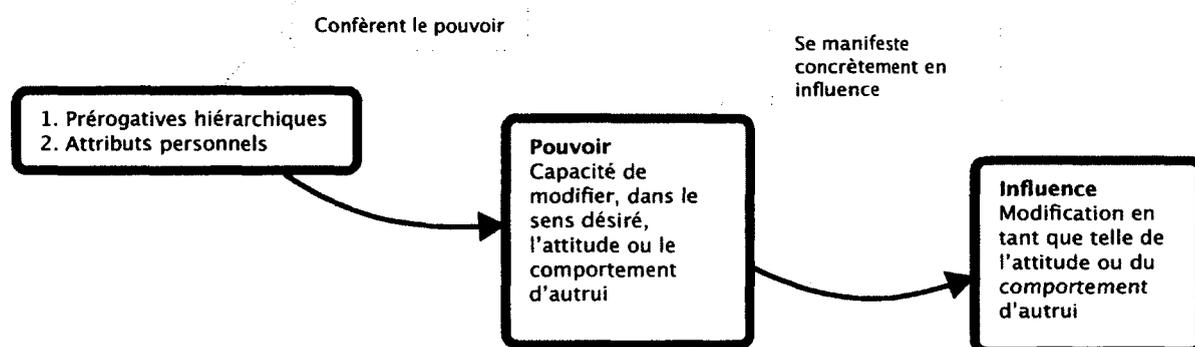


Figure 4. Le processus séquentiel de la production de pouvoir et d'influence (Ouimet, 2008).

À la lumière des écrits consultés et de différents modèles de structures de pouvoir développés par divers auteurs (Bélanger, 2001; Hawks, 1991; Kanter, 1993; Kelly, 2009; Marquis et Huston 2009; Ouimet, 2008), une synthèse de l'exercice de l'influence a été conceptualisée afin de mieux saisir les liens possibles entre les concepts de leadership, pouvoir et exercice de l'influence. Tel qu'illustré à la figure 5, le *leadership* est nécessaire pour utiliser un pouvoir « pour » fondé sur la capacité à transmettre sa vision et la capacité à convaincre les autres, contrairement au pouvoir « sur » davantage basé sur la domination. Selon certains auteurs, la nature du pouvoir détenu par une personne dans l'organisation de soins proviendrait de deux sources, la première étant le *pouvoir fonctionnel* relié à la position hiérarchique ainsi que la disponibilité de ressources pour exercer ses fonctions et la deuxième étant le *pouvoir personnel* influencé par les habiletés personnelles, tels la communication, le respect et le souci des autres (Ouimet, 2008; Bergeron, 2001). Différentes formes ou types de pouvoir découlent du pouvoir fonctionnel et du pouvoir personnel d'un individu. Ces formes de pouvoir représentent une combinaison d'éléments conscients et inconscients qui permet à une personne d'influencer les autres afin d'atteindre les buts fixés. Ces formes sont diverses et peuvent varier d'une situation à une autre. French et Raven (1959) ont identifié cinq formes de pouvoir qui ont par la suite été bonifiées par

d'autres auteurs, soit Hersey, Blanchard et Natemayer (1979) et Wells (1999). Les différentes formes de pouvoir seront présentées selon qu'elles se développent davantage sous le pouvoir fonctionnel ou le pouvoir personnel.

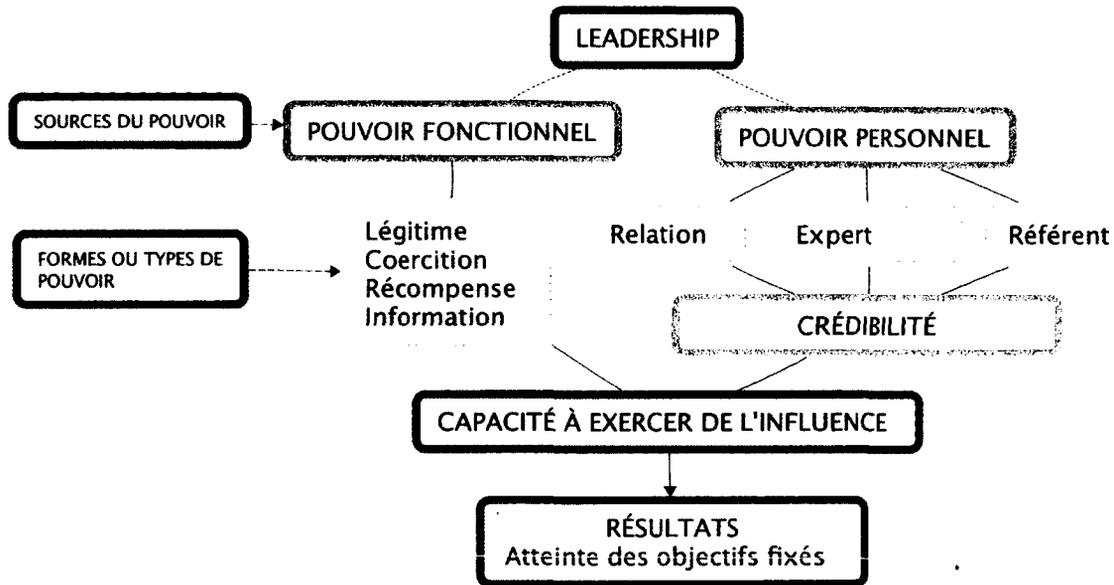


Figure 5. Synthèse des écrits sur l'exercice de l'influence inspirée de Hawks (1991), Marquis et Huston (2009), Kelly (2009), Kanter (1993), Ouimet (2008), Parsons (1963).

La source du pouvoir fonctionnel comporte diverses formes de pouvoir, soit légitime, de coercition, de récompense et d'information. Le *pouvoir légitime* est relié à la position occupée dans l'organisation et le degré d'autorité relié à la fonction. L'utilisation de cette seule forme de pouvoir semble cependant insuffisante pour exercer une influence significative dans l'organisation (Marquis et Huston, 2009; Kelly, 2009). Pour sa part, le *pouvoir de coercition* s'appuie sur l'effet de la peur ou de la punition lorsque les attentes du gestionnaire ne sont pas comblées. Diverses stratégies peuvent alors être utilisées, telle l'action disciplinaire, mais cette forme de pouvoir est souvent considérée comme la tactique la moins désirable à utiliser par les personnes en autorité (Kelly, 2009). Par ailleurs, le *pouvoir de récompense* s'obtient par l'habileté de récompenser les autres afin de les influencer à modifier leurs attitudes et leurs comportements. Un gestionnaire peut utiliser un arsenal de récompenses pour influencer son personnel à réaliser les objectifs de l'organisation. La reconnaissance formelle devant les pairs ou les cérémonies de remise de

prix constituent deux exemples de l'utilisation de cette forme de pouvoir (Marquis & Huston, 2009). Enfin, le *pouvoir d'information*, essentiel à toute organisation, s'acquiert lorsqu'une personne détient des informations nécessaires aux autres pour accomplir leur mandat. Les membres d'une organisation doivent détenir et partager une information adéquate pour la poursuite de leurs objectifs (Kelly, 2009).

Le pouvoir personnel, pour sa part, comporte diverses formes de pouvoir permettant d'exercer de l'influence, soit les pouvoirs de relation, d'expert et de référent. Le *pouvoir de relation* provient de la capacité à développer des relations personnelles et professionnelles avec d'autres personnes. Ces relations constituent des moments privilégiés d'échanges et de partage d'information (Kelly, 2009). Le *pouvoir d'expert* s'acquiert par les connaissances, l'expertise ainsi que l'expérience. Ce pouvoir pourra être rehaussé si jumelé à une fonction de haut niveau dans l'organisation et la reconnaissance de cette expertise par les employés et collègues de travail (Marquis & Huston, 2009). Enfin, le *pouvoir de référent* repose sur la confiance et le respect que les gens de l'organisation ressentent envers une personne. Le charisme, les paroles ainsi que les actions d'un individu constituent donc les assises fondamentales permettant le développement du pouvoir personnel (Marquis & Huston, 2009). Ainsi, la personnalité d'un individu représente un élément important dans le développement de cette forme de pouvoir. Par ailleurs, la mobilisation du pouvoir d'expert, de relation et de référent contribue à rehausser la *crédibilité* d'une personne, ce qui peut avoir un impact sur sa *capacité à exercer de l'influence*.

La capacité d'une personne à exercer de l'influence sera donc tributaire de l'utilisation judicieuse de ces différentes formes de pouvoir, et ce, au bon moment afin d'atteindre les *résultats* escomptés au départ. En effet, elle saura combiner ses diverses formes de pouvoir fonctionnel et développera ses formes de pouvoir personnel afin d'exercer de l'influence et convaincre les autres pour ensuite atteindre ses objectifs dans l'organisation de soins et ainsi augmenter son efficacité (Ouimet, 2008).

2.3 *Manifestations de l'influence des DSI*

L'utilisation du pouvoir et l'exercice de l'influence ont également été étudiés auprès de DSI. En effet, certains auteurs soutiennent que les qualités personnelles, l'expertise ainsi que l'aisance à entrer en relation avec les autres jouent un rôle fondamental dans la capacité d'une DSI à exercer de l'influence (Harrison & Roth, 1987). Diverses stratégies utilisées par les DSI pour exercer de l'influence et ayant produit les résultats escomptés sont documentées dans la littérature. Ces stratégies et résultats obtenus sont présentés dans les prochaines sections.

2.3.1 *Stratégies utilisées*

Par sa structure et sa réglementation, l'organisation régularise le déroulement de ses relations de pouvoir. Il apparaît donc important de déterminer si le pouvoir s'établit selon la ligne hiérarchique ou si différents groupes se le répartissent au sein de l'organisation. D'ailleurs, les gestionnaires au sommet de la structure hiérarchique ne bénéficient pas nécessairement d'un pouvoir absolu. Bien que les responsabilités et l'imputabilité soient formellement désignées à une personne par un rang ou une position dans l'organisation, son pouvoir n'est toutefois pas assuré (Kanter, 1993). Tel que mentionné précédemment, le pouvoir légitime, à lui seul, ne favorise pas l'exercice d'une influence optimale. D'ailleurs, une étude qualitative descriptive réalisée auprès de 16 infirmières gestionnaires, dont quatre DSI, a relevé quelques stratégies utilisées par ces gestionnaires pour exercer de l'influence à partir de la théorie élaborée par Kanter (Upenieks, 2002). Cette sociologue américaine, reconnue pour ses travaux, a mis en relation les perceptions et comportements des individus dans le contexte des organisations de travail. Les résultats de cette étude sont intéressants. En fait, 62% des gestionnaires interrogées ont commenté l'importance de leur rôle de guide auprès des employées. De plus, elles reconnaissent que le pouvoir légitime, obtenu par la position dans l'organisation, n'est pas le seul élément démontrant leur efficacité, bien que 81% d'entre elles disent en bénéficier. Par ailleurs, plus de 88% des gestionnaires ont perçu que la mobilisation du pouvoir personnel, soit la création de relations et d'alliances à

l'intérieur de l'organisation, était un important médiateur du pouvoir légitime. D'ailleurs, une gestionnaire qui ne bénéficierait pas d'un réseau de relations solides tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation aurait plus de difficulté à exercer de l'influence (Kanter, 1993). Cependant, les données liées au contexte de ces organisations de soins, notamment des différentes structures de pouvoir, ainsi que des structures organisationnelles et de gestion ne semblent pas avoir été considérées dans cette étude, ce qui constitue une limite de la recherche. En effet, ces données auraient permis de situer les stratégies utilisées par les gestionnaires pour exercer de l'influence dans leur contexte particulier.

Par ailleurs, une autre étude américaine confirme que le pouvoir de relation joue un rôle prépondérant pour exercer de l'influence dans une organisation (Harrison et Roth, 1987). Bien qu'elle date déjà de quelques années, l'intérêt de cette étude réside dans le fait qu'elle soit l'une des rares à présenter explicitement les stratégies pouvant être utilisées par les DSI pour exercer de l'influence. Dans cette enquête réalisée à l'aide d'un questionnaire auprès de 206 DSI en milieu hospitalier, les auteurs ont démontré que l'exercice de l'influence était directement relié aux alliances développées dans l'organisation. À la verticale, on notait les alliances avec le directeur général et les employés. D'autre part, des alliances à l'horizontale apparaissaient également fondamentales, notamment avec les autres collègues directeurs et l'équipe médicale. Ces alliances servaient d'opportunités pour échanger sur les différents enjeux de l'organisation et identifier des buts communs afin d'influencer la prise de décision (Harrison et Roth, 1987). Une stratégie importante pour exercer de l'influence soulevée dans cette étude a trait à l'implication des DSI dans les décisions clés de l'établissement, particulièrement celles concernant les soins infirmiers. D'ailleurs, seulement 40% des DSI ont dit participer aux décisions portant sur la réalisation du plan stratégique de l'établissement, alors que 70% d'entre elles préféreraient être davantage impliquées dans le processus. De plus, 98% des DSI soulignaient la nécessité d'avoir le contrôle des décisions sur le budget des soins infirmiers, alors que seulement 75% des participantes détenaient ce contrôle. Toujours selon cette étude, la présence aux tables décisionnelles jouait un rôle capital pour influencer la prise de décision. L'accès à l'information dans ces lieux privilégiés s'avérait indispensable à la prise de décision des DSI et favorisait le positionnement stratégique des infirmières dans l'organisation. Enfin,

cette étude indique que l'utilisation des connaissances, des habiletés et des compétences ainsi que la transmission d'une vision claire demeurent également des stratégies qui doivent être utilisées par les DSI pour exercer de l'influence.

2.3.2 Résultats de l'influence des DSI

Les DSI, en exerçant de l'influence, obtiennent des résultats. En effet, selon une étude canadienne d'envergure, les DSI exerçant de l'influence disaient se sentir davantage habilités dans leurs fonctions et appréciés par l'organisation (Laschinger et Wong, 2007). De plus, les cadres intermédiaires (chefs de programmes, coordonnateurs) ainsi que les chefs d'unité démontraient une satisfaction au travail plus élevée et constataient une meilleure qualité des soins lorsque leur DSI adoptait un style de leadership transformationnel et exerçait de l'influence sur les décisions touchant l'ensemble de l'organisation (Laschinger et Wong, 2007).

Enfin, dans la littérature, on documente les effets positifs de l'exercice de l'influence des DSI auprès des infirmières soignantes. En effet, quelques études démontrent que l'influence des DSI a un impact sur l'empowerment des infirmières (Matthews, Laschinger et Johnstone, 2006; Erickson, Hamilton, Jones et Ditomassi, 2003). La DSI qui exerce son leadership en utilisant judicieusement son pouvoir fonctionnel et son pouvoir personnel fait la promotion d'attitudes positives et encourage la créativité, ce qui a pour effet d'accroître le pouvoir d'une personne ou d'un groupe et rehausse la confiance en sa capacité d'agir et d'atteindre les buts fixés (Grossman et Valiga, 2009). Une enquête de Matthews, Laschinger et Johnstone (2006) réalisée auprès de 256 infirmières a d'ailleurs évalué l'impact de la structure organisationnelle et du rôle octroyé à la DSI sur l'empowerment des infirmières soignantes de deux hôpitaux en Ontario. Dans l'un des hôpitaux, la DSI détenait un rôle hiérarchique, tandis que dans l'autre, elle détenait un rôle conseil. Il ressort un plus haut taux d'empowerment perçu par les infirmières ayant une DSI en autorité hiérarchique. La grande différence résidait surtout dans l'accès aux ressources qui semblait être facilité dans l'organisation où la DSI évoluait dans un rôle hiérarchique.

Une des limites de cette étude est le très faible taux de réponse, soit de 37,5%. De plus, l'échantillon était constitué d'un seul hôpital pour chaque modèle de gouverne des soins infirmiers. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer les résultats entre les deux différentes structures de quelques hôpitaux ayant adopté le modèle de gouverne hiérarchique et le modèle de rôle conseil.

2.4 Facteurs ayant un impact sur l'exercice de l'influence

Les jeux de pouvoir s'articulent autour d'éléments de contexte qui doivent nécessairement être considérés. En effet, plusieurs facteurs qui facilitent ou limitent la capacité à exercer de l'influence sont documentés dans la littérature. Les sections suivantes présentent donc les résultats de la recension des écrits concernant les facteurs ayant un impact sur l'influence des DSI.

2.4.1 Facteurs facilitants

Tel que mentionné précédemment par certains auteurs en sociologie et en psychologie des organisations, l'atteinte des objectifs fixés et l'efficacité sont reliées à la capacité à exercer de l'influence (Kanter, 1993 ; Marquis et Huston, 2009). Une recension systématique des écrits a d'ailleurs permis d'identifier différents facteurs ayant un impact sur l'efficacité des DSI (Kirk, 2008). Les principaux facteurs facilitant l'exercice de l'influence et documentés dans cette étude se rapportent aux connaissances cliniques et de gestion, aux habiletés en gestion des ressources humaines ainsi qu'aux bonnes relations avec le personnel médical. Une étude descriptive, réalisée par la même auteure en Angleterre auprès de dix DSI, avait pour but de mieux comprendre les facteurs déterminant leur efficacité dans ce rôle (Kirk, 2009). Ces DSI disaient se distinguer des autres infirmières gestionnaires par leurs habiletés à influencer largement et efficacement les décisions prises dans l'organisation. Cependant, il aurait été intéressant de connaître les moyens utilisés par les DSI pour y arriver, mais ce volet n'a malheureusement pas été abordé dans l'étude. Les habiletés de communication et la vision ont également été

soulevées dans l'étude comme facteurs ayant un impact sur leur efficacité. D'autres auteurs soutiennent également que l'accès aux ressources, au soutien et à l'information aurait également une incidence sur la perception du pouvoir des infirmières gestionnaires (Upenicks, 2002; Goddard et Laschinger, 1997).

En somme, plusieurs facteurs facilitant l'exercice de l'influence des DSI sont documentés dans les écrits, dont la capacité de développer des relations à l'intérieur de l'organisation de même qu'à l'extérieur de celles-ci (Upenicks, 2002), la maîtrise des habiletés politiques, le courage d'aborder des questions épineuses et de prendre des décisions difficiles (Kirk, 2008; 2009; Upenicks, 2002), la position hiérarchique occupée dans une organisation ainsi que la participation au comité de direction (Carney, 2006; Goddard et Laschinger, 1997; Hoelzel, 1989; Kanter, 1993; Laschinger et Wong, 2007). Aussi, selon Hoelzel (1989), les infirmières gestionnaires doivent avoir un accès direct à la direction générale pour être en mesure de communiquer clairement les valeurs, les buts et les objectifs des soins infirmiers. De plus, elle affirme que le degré d'influence des infirmières gestionnaires est directement relié à leur implication dans les processus décisionnels et la gestion stratégique de l'établissement.

2.4.2 Facteurs limitants

Plusieurs facteurs freinent l'exercice de l'influence des DSI, tels le manque de ressources et de temps ainsi que la taille et la complexité de l'organisation (Kirk, 2009; Laschinger et Wong, 2007). De plus, la mobilité du personnel dans un contexte de pénurie de ressources ainsi que le manque de valorisation de la profession infirmière par le directeur général et l'équipe de direction de l'organisation peuvent également affecter la capacité des DSI à exercer de l'influence (Kirk, 2009; Tracy, 2006). Aussi, l'étude de Tracy (2006) a illustré que la participation aux différents comités décisionnels de l'organisation ne garantissait pas que l'avis des infirmières, de même que celui de la DSI, soit pris en compte par leurs collègues. Un déséquilibre noté entre le pouvoir de la médecine et celui

des soins infirmiers peut également ébranler l'efficacité des DSI à exercer de l'influence (Kirk, 2008; Tracy, 2006).

Une structure organisationnelle sans planification centralisée des soins infirmiers, des initiatives gouvernementales basées sur le court terme ainsi que l'incohérence entre les politiques nationales et les cadres de références professionnels en soins infirmiers représentent quelques barrières supplémentaires à l'efficacité de l'influence des DSI dans leurs organisations (Kirk, 2008).

2.4.3 Impact de la structure organisationnelle sur l'exercice de l'influence

Dans le contexte actuel, les organisations doivent cependant faire preuve d'une plus grande flexibilité afin de s'ajuster aux multiples demandes de l'environnement qui les entoure. Les structures hiérarchiques plus souples et permettant la gestion participative avec une prise de décision décentralisée sont favorisées, puisqu'elles s'orientent vers l'autonomie et l'initiative des membres qui la composent (Ouimet, 2008). Ce genre de structure comporte des formes de pouvoir plus diffuses que dans les structures hiérarchiques traditionnelles et l'infirmière gestionnaire, particulièrement la DSI en autorité fonctionnelle (rôle conseil), doit être attentive aux opportunités de pouvoir et également posséder les habiletés pour saisir ce pouvoir disponible (Hoelzel, 1989). Une étude qualitative de Goddard et Laschinger (1997) avait d'ailleurs pour but d'examiner les perceptions d'infirmières gestionnaires de premier niveau et de cadres intermédiaires en ce qui a trait à l'accessibilité au pouvoir et aux opportunités. Les cadres intermédiaires ont indiqué, en moyenne, des cotes significativement plus élevées que les gestionnaires de premier niveau, ce qui renforce la théorie de Kanter (1993) qui soutient que le pouvoir a tendance à se concentrer dans les positions hiérarchiques supérieures de la structure organisationnelle. Cette étude a toutefois eu lieu pendant une restructuration importante dans les organisations de santé concernées et le devis n'a pas permis d'évaluer l'impact de ces changements sur les perceptions des gestionnaires.

Carney (2004) a, pour sa part, tenté d'illustrer l'influence de la structure organisationnelle sur le rôle de la directrice des soins infirmiers dans des hôpitaux de soins aigus en Irlande. Cette étude qualitative de type théorisation ancrée a été réalisée auprès de 25 DSI provenant de différents hôpitaux comptant plus de 200 lits. Les entrevues auprès de ces gestionnaires ont permis d'identifier deux types de structures organisationnelles : les structures aplanies (moins de trois paliers entre la DSI et le directeur général) et les structures complexes (entre quatre et neuf paliers entre les deux instances). Dans un premier temps, 90% des DSI ont dit percevoir qu'une structure aplanie favorisait la communication et permettait leur implication dans les décisions organisationnelles. Aussi, 90% des DSI de cette structure se percevaient très efficaces dans leur rôle, disaient détenir un statut particulier et un certain prestige qui se reflétait sur le statut global des infirmières de l'organisation. À l'opposé, dans les structures complexes, 80% des DSI se disaient pratiquement exclues des décisions stratégiques, se sentaient isolées et avaient un sentiment d'être contrôlées. Dans ces structures, 40% des DSI percevaient que leur professionnalisme et leur expertise n'étaient pas appréciés à leur juste valeur, qu'elles détenaient peu de pouvoir et qu'elles évoluaient dans une structure bureaucratique et hiérarchique. Les changements organisationnels semblaient avoir entraîné certaines ambiguïtés concernant le rôle de la DSI, mais la position hiérarchique qui lui était octroyée ainsi que sa participation ou non aux décisions stratégiques de l'organisation déterminaient la portée de son influence. Cela dit, bien que cette étude ait illustré l'impact de la structure organisationnelle sur l'influence des DSI, peu de données et d'analyses viennent soutenir ces conclusions.

Quelques années plus tard, une étude qualitative utilisant un dispositif de théorisation ancrée réalisée auprès de 50 DSI et toujours en Irlande, visait à décrire et explorer les perceptions et interprétations de leur expérience au sein d'un système de santé subissant de profonds changements organisationnels (Tracy, 2006). En effet, l'aplanissement des structures et l'implantation de postes cadres de type gestionnaire généraliste assurant la gestion d'unités de soins ont eu un impact sur le pouvoir et l'exercice de l'influence des DSI. Le fossé entre la DSI et les gestionnaires généralistes, ne détenant aucune formation en soins infirmiers, semblait s'accroître selon cette auteure. En effet, les DSI participantes concevaient que le pouvoir des infirmières de l'organisation et,

par conséquent, leur capacité à exercer de l'influence était moindre que celui des médecins et des autres gestionnaires. Ceci diffère des résultats de l'étude précédente de Carney (2004) qui avait plutôt illustré que les DSI dans une structure aplanie avaient de la facilité à exercer de l'influence. Les DSI ayant participé à l'étude de Tracy (2006) ont également souligné l'instabilité des soins infirmiers lorsque ceux-ci sont gérés par un gestionnaire non infirmier. En conclusion, cette étude a identifié une plus grande difficulté des DSI à exercer de l'influence auprès des autres gestionnaires depuis les changements organisationnels instaurés, ce qui rejoint, en partie, les résultats de Carney (2004) qui reconnaissait qu'une certaine ambiguïté dans le rôle de la DSI persistait. L'étude de Tracy (2006) a le mérite d'avoir considéré le contexte de changement dans lequel évoluaient les DSI. Une description riche des résultats et du contexte illustre efficacement les perceptions des DSI dans ces nouvelles structures. C'est également l'une des rares études récentes faisant un parallèle entre le pouvoir médical et celui des DSI. Cependant, la vision des DSI ayant accepté de participer à l'étude différait peut-être de celle ayant choisi de ne pas y participer, ce qui pourrait avoir eu un impact sur les résultats obtenus.

Plus près de nous, au Canada, des chercheurs provenant des dix provinces canadiennes ont examiné l'impact de la structure organisationnelle sur la gestion des soins infirmiers dans les hôpitaux canadiens (Laschinger et Wong, 2007). Plus de 28 centres hospitaliers universitaires et 38 hôpitaux communautaires ont participé à l'étude. Avec un dispositif de recherche mixte, les chercheurs ont utilisé le sondage, les entrevues ainsi que l'analyse de documents comme sources de données. Dans les deux types de modèle de gouverne, soit hiérarchique et rôle conseil, les DSI ont dit participer activement aux décisions et exercer une certaine influence sur leurs collègues de l'équipe de direction. Celles qui oeuvraient dans un modèle de rôle conseil se sentaient davantage soutenues par l'organisation dans leur exercice professionnel en soins infirmiers que leurs collègues dans un rôle hiérarchique. Aussi, les DSI dans un modèle de rôle conseil utilisaient davantage un style de leadership transformationnel et impliquaient davantage les cadres intermédiaires dans les décisions. Par ailleurs, les DSI évoluant dans un modèle hiérarchique détenaient une plus grande influence sur les décisions de l'organisation concernant les politiques et le personnel. Ces DSI en autorité hiérarchique croyaient être impliquées plus rapidement dans

les prises de décision, sentaient qu'elles détenaient un statut plus élevé que leurs collègues dans le modèle de rôle conseil et semblaient plus satisfaites de leur rôle.

De façon générale, quelques auteurs font valoir que les DSI sont dans une position culturellement et structurellement désavantagée dans les organisations de soins dû au fait qu'on associe encore la profession d'infirmière à un rôle d'exécutante médicale (Dallaire, 2002; Davies, 2004). Davies (2004) soulève, dans son étude, la méconnaissance et la dévaluation culturelle de la profession infirmière et le peu de ressources allouées pour des réorganisations et du développement en soins infirmiers dans les organisations en Angleterre. De plus, les changements apportés à la pratique découlent souvent d'initiatives politiques provenant d'autres groupes influents, tels les médecins. Enfin, cette étude souligne le peu de légitimité et de respect accordés à l'opinion des infirmières dans les débats politiques (Davies, 2004). Quoi qu'il en soit, les constats ayant émergé des différentes études consultées semblent converger vers le fait qu'une DSI aura davantage de pouvoir si elle se situe dans un modèle de gouverne d'autorité hiérarchique, plutôt que dans un modèle de rôle conseil d'autorité fonctionnelle (Hoelzel, 1989; Kanter, 1993).

En conclusion de cette recension des écrits, force est de constater qu'il existe bon nombre d'écrits théoriques sur le pouvoir et l'exercice de l'influence, mais que peu études empiriques ont traité de ces concepts auprès de DSI. Nous constatons que la majorité des études réalisées jusqu'à maintenant sur le pouvoir et l'exercice de l'influence des DSI sont généralement descriptives comparatives ou qualitatives. En fait, peu d'études ont traité du pouvoir personnel et de ses effets sur l'exercice de l'influence des DSI puisque les études consultées ont davantage porté sur l'importance du pouvoir fonctionnel et de la position hiérarchique de la DSI dans l'organisation. De plus, peu d'études ont traité des manifestations de l'exercice de l'influence des DSI, soit des stratégies utilisées et des résultats qu'elles ont obtenus. Cependant, plusieurs facteurs ayant un impact sur l'exercice de l'influence des DSI ont été recensés dont le modèle de gouverne des soins infirmiers privilégié dans l'organisation qui semble d'ailleurs être un facteur clé (Hoelzel, 1989; Kanter, 1993). En effet, cet élément semble être déterminant sur la portée de leur pouvoir dans l'organisation. Outre l'étude de Tracy (2006) réalisée en Irlande, les données relevées

dans les écrits ne se rapportent qu'en partie au sujet de recherche actuel et peu ont exploré spécifiquement l'influence des DSI en tenant compte du contexte dans lequel elles évoluent. L'État actuel des connaissances sur l'exercice de l'influence des DSI au Québec justifie donc le recours à un dispositif de recherche qualitative, afin d'explorer leurs perceptions en regard de l'influence qu'elles exercent dans leur milieu.

Chapitre 3

Méthode

Ce chapitre aborde la stratégie de recherche développée pour atteindre les objectifs de cette étude. Tout d'abord, le dispositif de recherche utilisé est présenté, ainsi que l'échantillon et la méthode de sélection des participantes. Ensuite, les moyens et outils utilisés pour compléter la collecte des données sont exposés, suivis du processus de gestion et d'analyse des données. Enfin, la présentation des considérations éthiques conclut ce chapitre du mémoire.

3.1 Dispositif de recherche

L'étude qualitative de cas multiples instrumentale convient pour cette recherche, puisqu'elle est utilisée pour analyser des phénomènes complexes tributaires de leur environnement (Stake, 1995). La nature exploratoire des objectifs de recherche, l'indissociabilité du sujet et de son contexte ainsi que la nouveauté du sujet à l'étude justifient une étude de cas multiple ayant pour phénomène d'intérêt l'exercice de l'influence des DSI dans trois principaux modèles de gouverne des soins infirmiers. Par conséquent, dans le cadre de cette étude, chacun de ces modèles de gouverne représente un cas ($n = 3$ cas) dont l'unité d'analyse est la DSI. À la lumière des écrits, la structure organisationnelle de l'établissement de santé dans laquelle une DSI évolue conditionne l'exercice de son influence, en marge de ses différentes habiletés personnelles. Ainsi, l'étude de cas multiple apparaît tout indiquée puisqu'elle permet d'exploiter la richesse de chacun des cas, sans toutefois avoir la prétention de représenter une étude de cas comparative complète et exhaustive.

3.2 Échantillon

Les 275 DSI au Québec représentaient la population cible de l'étude (OIIQ, 2010), la population accessible étant composée, pour sa part, de 228 DSI provenant de neuf régions au Québec, à savoir Montréal/Laval, Montérégie, Estrie, Mauricie/Centre du Québec, Outaouais, Laurentides, Lanaudière, Chaudière-Appalache et Québec (OIIQ, 2010). Le choix de ces régions repose sur leur proximité et sur le fait qu'un certain nombre

de DSI y étaient représentées, facilitant ainsi la préservation de l'anonymat des participantes.

L'étude de cas vise, avant tout, l'enrichissement théorique (Ayerbe et Missonier, 2007). Dès lors, les différences entre les cas ou la portée théorique des interprétations sont plus importantes que le nombre de situations individuelles (Flick, 2004). Dans cette optique, l'échantillon de la présente étude se composait d'une DSI agissant à titre d'informateur-clé pour chacun des trois cas, soit une DSI par modèle de gouverne ($n = 3$). L'échantillonnage intentionnel a permis d'obtenir une description riche de l'exercice de l'influence des DSI dans chacun des contextes et ainsi approfondir la compréhension des cas. Le choix des DSI s'est effectué à partir du réseau de contacts professionnels de l'étudiante et de ses directeurs. Parmi les critères de sélection, notons que les DSI devaient œuvrer dans un établissement situé dans l'une des neuf régions géographiques mentionnées plus tôt. Elles devaient également travailler dans un Centre de santé et de services sociaux (CSSS), un centre hospitalier (CH) ou un centre hospitalier universitaire (CHU) de l'une de ces régions et se retrouver dans l'un des trois principaux modèles de gouverne des soins infirmiers existant au Québec, soit : rôle conseil (C), hiérarchique (H) et hybride (Y). Un minimum d'une année d'expérience en tant que DSI a été considéré pour participer à l'étude, temps jugé nécessaire pour que la personne connaisse les enjeux de l'organisation ainsi que les rouages politiques et qu'elle ait une maîtrise de son rôle. Une absence au travail de plus de 4 mois dans la dernière année était le seul critère d'exclusion de l'étude. Trois DSI oeuvrant dans chacun des modèles de gouverne à l'étude et répondant à l'ensemble des critères de sélection ont initialement été sollicitées. Toutes trois ont démontré un vif intérêt pour l'étude et ont accepté d'y participer. L'une d'entre elles était connue de l'étudiante chercheure.

En octobre 2010, un résumé de l'étude a préalablement été acheminé par courriel aux DSI sélectionnées. Ce courriel expliquait la teneur de la recherche et permettait aux DSI d'avoir une vue d'ensemble de l'engagement à prévoir. L'étudiante chercheure a par la suite communiqué par téléphone avec les DSI afin de confirmer leur intérêt pour une éventuelle participation à l'étude. Les trois DSI contactées ont manifesté leur désir d'y

participer. Par la suite, une lettre officielle présentant le but de l'étude ainsi que la nature de la participation à la recherche a été acheminée aux DSI. Afin d'obtenir l'autorisation de l'établissement à y effectuer la recherche, un résumé de l'étude ainsi qu'un formulaire d'autorisation ont été joints à cet envoi et devaient être signés par une personne dûment mandatée par et pour l'établissement. Dans les trois cas, les DSI ont signé ce formulaire. La lettre de présentation, le résumé ainsi que le formulaire d'autorisation figurent à l'annexe 1. Une première rencontre a ensuite été planifiée avec chacune des DSI en tenant compte de leurs disponibilités afin de procéder à la signature du formulaire de consentement et effectuer la première étape de la collecte des données. L'annexe 2 présente le formulaire de consentement utilisé dans le cadre de l'étude.

3.3 Collecte des données

Deux principales méthodes de collecte des données ont permis de documenter l'exercice de l'influence des DSI ainsi que les facteurs ayant un impact sur celui-ci : l'entretien semi-dirigé ainsi que la recherche documentaire. Un questionnaire socio-démographique ainsi qu'un journal de bord ont complété la stratégie de collecte des données, qui s'est déroulée de novembre 2010 à juin 2011. En effet, le recours à de multiples sources d'information s'impose dans une étude de cas (Creswell, 2007) et les objectifs de l'étude guident le choix des stratégies de collectes qui permettront la triangulation des données (Stake, 1995). La prochaine section présente donc les différentes méthodes de collectes des données utilisées dans le cadre de cette étude.

3.3.1 Entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé consiste en une interaction entre deux personnes où le chercheur aborde des thèmes généraux, tout en se laissant guider par les échanges, sans imposer le rythme au participant (Savoie-Zaic, 2003). Un premier entretien semi-dirigé, d'une durée moyenne de 90 minutes, a été réalisé avec les DSI. Par la suite, un second entretien d'environ 75 minutes, planifié environ un mois après la première rencontre, a

permis d'en valider la synthèse et d'enrichir leur description de l'influence. Un guide d'entretien semi-structuré a également été construit à partir des objectifs de la recherche, de la recension des écrits et de la consultation d'experts (directrice des soins infirmiers et expert en recherche qualitative). Un premier guide d'entretien, validé auprès d'une DSI externe à l'étude a d'ailleurs permis de préciser certaines questions. Ce guide, utilisé pour les deux entretiens, explorait divers thèmes. Dans le premier entretien, des thèmes tels la description d'un dossier où la DSI a eu à exercer de l'influence ainsi que l'identification des facteurs ayant un impact sur son influence ont été abordés. Le second entretien comportait surtout des questions d'approfondissement et l'un des thèmes abordés portait sur les résultats obtenus par la DSI après avoir exercé de l'influence. Ce guide, composé de questions ouvertes, permettait également l'ajout de questions en cours d'entrevue, facilitant ainsi l'exploration de thèmes émergents. Le guide d'entretien utilisé pour les deux entretiens figure à l'annexe 3, mais le tableau suivant résume les principaux thèmes explorés.

Tableau 3

Principaux thèmes explorés dans les deux entretiens semi-dirigés

ENTRETIEN	THÈMES EXPLORÉS
PREMIER ENTRETIEN	<ul style="list-style-type: none"> • Cheminement professionnel des DSI • Rôle des DSI dans leur organisation • Exemples de dossiers où les DSI ont eu à exercer de l'influence • Description d'un dossier en détail • Dossiers où elles ont eu moins d'influence • Facteurs qui facilitent ou limitent l'exercice de l'influence
DEUXIÈME ENTRETIEN	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la synthèse du premier entretien • Éléments d'enrichissement du premier entretien • Résultats de l'exercice de leur influence • Tout autre thème découlant de l'analyse des données

Toutes les entrevues ont été enregistrées en version audio numérique et par la suite, retranscrites intégralement aux fins d'analyse. Un résumé du premier entretien a été acheminé aux participantes afin qu'elles puissent valider notre compréhension du contenu.

Un moment était d'ailleurs prévu lors du deuxième entretien pour discuter de cette synthèse afin d'y apporter des modifications si nécessaire. Cet exercice a d'ailleurs permis aux DSI de compléter certaines données et de présenter l'évolution de certaines situations discutées lors de la première entrevue, permettant ainsi de compléter la description du cas.

3.3.2 Recherche de documents pertinents

La recherche documentaire a permis de mieux comprendre le contexte organisationnel, les manifestations et les résultats de l'exercice de l'influence des DSI pour chacun des cas. D'abord, certains documents du macro environnement et plus généraux aux trois cas, tels les articles 206 et 207 de la loi (L.S.S.S.S., 1991) ainsi que l'avis émis par l'OIIQ en 2004 sur la gouverne des soins infirmiers ont été étudiés avant le début des entrevues. Une grille de saisie a été élaborée à partir de la grille d'analyse pour effectuer cet exercice. Ensuite, des documents du micro environnement, soit ceux propres au contexte de chaque DSI, ont été recueillis lors des entretiens avec ces dernières. D'entrée de jeu, le plan de l'organisation, la description de fonction de la DSI, la liste des comités dans lesquels des membres de sa direction sont impliqués ont été recensés, afin de mieux comprendre la culture de l'organisation. Ensuite, lorsque les DSI étaient invitées à nous présenter un dossier dans lequel elles avaient exercé de l'influence, nous lui demandions si cet exercice l'avait amené à produire des documents tels des avis, procédures, notes de service, etc. Ces documents, produits par les DSI, venaient donc appuyer la description de leur influence et mettre en lumière les résultats obtenus. En effet, lorsque les événements rapportés en entrevue ne peuvent être observés directement, l'analyse documentaire permet d'impliquer une inférence entre les événements présentés et les événements passés (Ayerbe et Missonier, 2007). Des correspondances écrites telles des fiches synthèses ou des avis présentés au comité de direction, des plans d'actions et de suivis des différents dossiers en cours et des présentations faites au comité de direction ou au conseil d'administration ont donc été recueillis et utilisés comme sources de données. Les DSI ont commenté verbalement l'ensemble des documents remis, permettant ainsi une meilleure compréhension du contexte entourant la présentation de ces demandes, projets ou autres. Précisons que ceux-ci ont par la suite été examinés afin de juger de leur pertinence. Les

documents à l'intérieur desquels figuraient des données pouvant compléter et enrichir les données recueillies ont été conservés. Cependant, tous les documents confidentiels se rapportant aux employés des établissements concernés étaient exclus de cette recherche documentaire.

3.3.3 Questionnaire socio-démographique

Au début de chaque entrevue, les DSI étaient invitées à remplir un questionnaire socio-démographique afin de documenter leur profil en fonction de leurs caractéristiques personnelles et professionnelles permettant de situer ensuite leurs discours en contexte. La première section comprenait des questions d'ordre général, tels l'âge, le sexe ainsi que la formation académique. Des données relatives à la position des DSI dans leur organisation, le statut d'emploi pour cette fonction, l'étendue des responsabilités dans la gestion de ressources humaines ainsi que les expériences antérieures ont également été colligées. Le questionnaire socio-démographique figure à l'annexe 4.

3.3.4 Journal de bord de la chercheure

Initié dès les premiers contacts avec les DSI, un journal de bord complétant la collecte des données comprenait trois sections. D'abord, les notes de terrain et les notes complémentaires aux entrevues ont permis de colliger les difficultés rencontrées sur le terrain ainsi que le langage non verbal des DSI lors des entrevues. Aussi, des notes concernant la méthodologie, soit les décisions et les processus méthodologiques ont été conservés. Enfin, des notes subjectives ont complété les données du journal de bord et comportaient des réflexions, questionnements et inquiétudes de l'étudiante chercheure, notamment les a priori ou les réactions qui ont pu survenir face à certains commentaires des DSI. En effet, la méthode de recherche qualitative suggère que le chercheur analyse, à l'aide d'un journal de bord, ses réactions personnelles lors de présences sur le terrain, ainsi que les effets de ses interactions avec les participants (Laperrière, 1997). À titre d'exemple, j'étais inquiète que mes propos auprès des participantes aient pu être teintées par mes

fonctions antérieures en tant que DSI. Le fait d'en prendre conscience et de le documenter m'a permis d'être à l'écoute de cette réalité lors des entretiens avec les participantes.

3.4 *Processus de gestion et d'analyse des données*

Les données retranscrites des deux entretiens ainsi que celles colligées dans la recherche documentaire ont été traitées sans qu'aucun logiciel d'analyse des données n'ait été utilisé. Comme le proposent plusieurs auteurs, les données recueillies ont été réduites par une codification minutieuse (Miles et Huberman, 2003; Paillé et Muchielli, 2003). Mentionnons que la technique d'analyse privilégiée pour la présente étude est l'analyse qualitative inductive mixte inspirée de Miles et Huberman (2003).

La première étape de l'analyse, soit la condensation des données, consistait d'abord à codifier systématiquement le matériel pour ensuite réaliser des regroupements thématiques. Dans la présente recherche, la codification des entrevues et des documents recensés a initialement été effectuée à l'aide d'une grille d'analyse mixte développée en prenant appui sur la synthèse des écrits portant sur l'influence, tout en conservant la possibilité d'y ajouter des codes émergents. Par exemple, des maîtres-codes indiquaient un type de pouvoir mobilisé par les DSI et plusieurs sous-codes désignaient les stratégies utilisées pour exercer de l'influence. La liste de départ comprenait un certain nombre de codes répertoriés dans un tableau afin de pouvoir s'y référer rapidement. Les codes ont bien sûr évolué tout au long de l'expérience sur le terrain et certains ont été ajoutés, d'autres modifiés ou retirés. Ils ont également été définis de façon à faciliter la codification et en préciser la signification pour l'étudiante chercheuse et ses directeurs qui ont effectué un codage en continu. Il est important de préciser qu'une approche itérative a été privilégiée tout au long de la recherche. En effet, l'analyse s'est effectuée au fur et à mesure, à la suite de chaque entretien. Cet exercice a permis d'orienter la collecte des données pour les entrevues subséquentes afin d'explorer des thèmes émergents. Par exemple, les résultats obtenus par les DSI à la suite de l'exercice de leur influence ont ainsi pu être traités. Par ailleurs, une fois la codification de premier niveau complétée, le codage thématique a permis de synthétiser et de regrouper les codes en thèmes significatifs pour l'étude.

La deuxième étape de l'analyse, soit la présentation des données, consistait à assembler les informations permettant de tirer des conclusions et de passer à l'action (Miles et Huberman, 2003). Des liens entre les thèmes, initiés lors du regroupement thématique, ont ensuite été examinés afin d'obtenir une vision plus globale du phénomène à l'étude. L'intégration des résultats à partir de la construction de matrices regroupant les données pertinentes provenant des entretiens et de la recherche documentaire a permis de décrire en profondeur chacun des cas, notamment avec des diagrammes contextuels. En effet, en retraçant les relations entre les rôles et les différents groupes de l'organisation (Miles et Huberman, 2003), cette matrice illustre le contexte dans lequel chaque DSI exerçait de l'influence. La matrice des effets, pour sa part, a contribué à présenter les changements suscités par l'influence des DSI dans leurs organisations. La présentation de ces résultats s'échelonnait dans un continuum, allant des effets directs de l'influence jusqu'aux effets indirects, chacun de ces effets étant catégorisés comme positifs ou négatifs. Ces types de matrices, considérant aussi le contexte dans lequel évoluait les DSI, ont facilité l'analyse en profondeur intra-cas et ont permis d'enrichir la description de chacun d'eux. Par la suite, une comparaison des données qualitatives a été effectuée entre les cas, afin de dégager les éléments récurrents, les particularités, ainsi que des généralités communes dans les trois modèles de gouverne. La matrice par rôle a été utilisée afin de vérifier si des DSI occupant un rôle similaire, mais évoluant dans des structures de gouverne des soins infirmiers différentes, mobilisaient les mêmes types de pouvoir et les mêmes stratégies pour exercer de l'influence. Aussi, la matrice chronologique qui consiste en un enchaînement d'événements reliés entre eux de manière cohérente (Miles et Huberman, 2003) a permis d'illustrer l'émergence du processus de l'exercice de l'influence commun dans les trois modèles de gouverne.

Enfin, la troisième et dernière étape de l'analyse selon Miles et Huberman (2003) consistait en l'élaboration/vérification des conclusions. Cette étape consistait à tester, de façon continue, les significations ayant émergé des données quant à leur plausibilité et leur solidité. Le résumé du premier entretien présenté aux DSI a justement permis de vérifier l'interprétation des données. Des échanges réguliers entre l'étudiante et ses directeurs ont

permis d'assurer une compréhension juste des données et de résoudre, par consensus, les divergences soulevées en cours d'analyse. Cette étape nous a d'ailleurs permis de confirmer l'émergence de données indiquant le processus utilisé par les DSI dans l'exercice de leur influence. Cependant, l'étape de vérification des données nous a permis de croire qu'il émergeait davantage comme un processus circulaire, suggérant des allers-retours entre les différentes étapes, plutôt qu'un processus linéaire et chronologique tel que perçu au départ. Enfin, c'est l'émergence du processus de l'exercice de l'influence des DSI dans nos données qui a favorisé le développement du quatrième objectif de l'étude en cours d'analyse.

3.5. Considérations éthiques

Le protocole de recherche a d'abord été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS et de l'Université de Sherbrooke ainsi que par les différents comités d'éthique des établissements où s'est déroulée la présente étude (annexe 5). Les participantes ont signé un formulaire de consentement écrit après avoir reçu les informations complètes au sujet de la recherche. Il est également important de souligner que les entrevues ont été planifiées selon l'horaire et la disponibilité des DSI.

Les diverses mesures prises afin de respecter la confidentialité des données prennent appui sur l'Énoncé de Politique des Trois Conseils (2005). D'entrée de jeu, il est important de souligner que l'équipe de recherche, soit l'étudiante et ses deux co-directeurs, ont initialement signé un formulaire d'engagement à respecter la confidentialité des données recueillies au cours de cette étude. Les données archivées en format électronique dans des fichiers munis d'un code d'accès sont demeurées restreintes aux seuls membres de l'équipe de recherche. De plus, les données électroniques comprenant, entre autres, les enregistrements effectués lors des entrevues ainsi que les documents papier de l'étude ont été conservés sous clé et seront détruits cinq ans après la fin de l'étude.

Selon l'Énoncé de Politique des Trois Conseils (2005) : « la meilleure façon de protéger la confidentialité des renseignements personnels passe par l'anonymat ». Une attention particulière s'est donc imposée afin de préserver l'anonymat et ainsi protéger l'identité des personnes et des établissements ayant participé à l'étude. Cette préoccupation cruciale devait être considérée, notamment en raison de la taille de l'échantillon, soit une DSI dans chaque établissement. Par conséquent, afin de protéger l'identité des établissements sélectionnés ainsi que leur région d'appartenance, une lettre de l'alphabet leur a été attribuée. Aussi, toutes les données nominatives, soit chaque entrevue et document remis par une DSI ont été identifiées par un code, masquant ainsi la source des données et par conséquent, l'identification de celles-ci.

Chapitre 4

Résultats

Les résultats de cette étude de cas multiples sont présentés à partir de l'analyse inter-cas des trois DSI oeuvrant dans les différents modèles de gouverne et organisés autour des principaux enjeux relatifs à l'exercice de leur influence. Les particularités de chaque cas sont également documentées dans chacune des sections du présent chapitre. Par ailleurs, ces sections réfèrent aux quatre objectifs de l'étude, soit la description du contexte dans lequel évoluaient les DSI, la description des manifestations de leur influence, l'identification des facteurs facilitant et limitant leur influence et enfin, la proposition d'un processus illustrant l'exercice de leur influence.

4.1 Contexte relatif à chacun des cas

D'entrée de jeu, les données socio-démographiques recueillies au cours de l'étude permettent de dresser un portrait sommaire des participantes et sont présentées afin de préserver l'anonymat des établissements et des participantes. Des trois DSI, toutes des femmes âgées en moyenne de 53 ans, deux détenaient un diplôme de maîtrise, tandis que la troisième DSI était titulaire d'un baccalauréat. Elles comptaient, en moyenne, sur une expérience de plus de 30 ans en soins infirmiers et de 15 ans en gestion. L'une d'entre elles était en poste depuis moins de cinq ans, tandis que les deux autres DSI occupaient leurs fonctions depuis plus de cinq ans. Par ailleurs, les DSI considéraient leur cheminement de carrière, ainsi que les nombreux défis cliniques et de gestion relevés tout au long de leur parcours professionnel, comme précurseurs à l'obtention de ce poste d'envergure. En effet, le parcours professionnel des trois DSI témoignait d'abord d'une riche expérience clinique en tant qu'infirmière soignante. Un « intérêt et un fond clinique fort » (DSI C) avaient d'ailleurs conduit les participantes à gravir différents échelons et occuper diverses fonctions de gestion au cours de leur carrière respective, tout en ayant le souci de garder la « clientèle au cœur des préoccupations » (DSI H). Ces expériences antérieures s'avèrent aujourd'hui indispensables, notamment lorsqu'elles ont à développer un argumentaire solide afin d'exercer de l'influence. Par exemple, les connaissances cliniques d'une DSI ont rendu possible le développement d'un outil d'analyse des compétences professionnelles à partir d'indicateurs de qualité rigoureux, témoignant d'une pratique infirmière diligente, prudente et compétente (Doc. 8-C). Cette documentation, précisant les compétences attendues d'une

infirmière, a donc permis d'influencer l'ensemble des autres gestionnaires à l'importance de développer une culture de compétence dans l'organisation :

« On utilise un modèle rigoureux, respectueux et confidentiel, élaboré à partir des indicateurs de qualité de l'Ordre [des infirmières et infirmiers du Québec] et tout le monde souscrit à ça, le DG, tout le monde est en accord avec ça » (DSI C).

Les trois DSI rencontrées démontraient une préoccupation pour la qualité des soins et des services. En fait, les compétences infirmières ainsi que la gestion des risques et de la sécurité se retrouvaient au centre de leurs activités quotidiennes. D'ailleurs, toutes les descriptions de tâches des DSI étaient fidèles aux exigences de la LSSS, art. 206 et 207 en ce qui concerne l'autorité de la DSI en matière de surveillance et de contrôle de la qualité des soins dans l'établissement (L.S.S.S.S., 1991). On y retrouvait également la plupart des recommandations proposées par l'OIIQ dans ses orientations sur la gouverne des soins infirmiers (OIIQ, 2004), ainsi que quelques particularités propres à chacun des milieux. Par conséquent, il convient maintenant de présenter les éléments propres au contexte de chacun des cas, puisque les DSI de l'étude évoluaient dans un établissement et un modèle de gouverne différent. Diverses citations des DSI viendront appuyer les éléments rapportés. Le tableau 4 résume les principaux éléments de contexte pour chacun des modèles de gouverne de soins infirmiers de l'étude.

4.1.1 Modèle de gouverne de rôle conseil

La DSI oeuvrant dans un modèle de rôle conseil et une gestion par programmes exerçait ses fonctions dans un CSSS en milieu urbain de moins de 5000 employés. Cet établissement comptait d'ailleurs plus de 1000 infirmières, mais la DSI n'était responsable que de 6% des ressources en soins infirmiers de l'organisation. Elle détenait un poste de DSI à temps complet, un statut de cadre supérieure (classe salariale 21), relevait du directeur général et participait au comité de direction.

Tableau 4

Éléments de contexte pour chacun des modèles de gouverne

ÉLÉMENTS	DSI C	DSI H	DSI Y
ÉTABLISSEMENT	CSSS	CH	CH
URBAIN	X	X	X
N. EMPLOYÉS	- 5000	- 2000	+5000
N. INF. + INF. AUX	+1000	- 1000	+1500
GESTION DES RESSOURCES INF	6%	100%	50%
STATUT EMPLOI DANS LA FONCTION DE DSI	Temps complet	Temps complet	Temps partagé avec d'autres fonctions de gestion
CLASSE SALARIALE	21	21	24
CADRE SUPÉRIEURE	X	X	X
COMITÉ DE DIRECTION	X	X	X

Légende : **DSI C** Modèle de gouverne de rôle conseil, **DSI H** Modèle de gouverne hiérarchique, **DSI Y** Modèle de gouverne hybride

Cette DSI œuvrait déjà dans l'établissement depuis quelques années avant d'obtenir ce poste, ce qui lui conférait une bonne connaissance de l'organisation et des gestionnaires en place. Par ailleurs, il est intéressant de souligner que l'étendue de l'autorité de la DSI de cet établissement était clarifiée dans sa description de tâches affirmant ainsi son rôle auprès de l'équipe de direction. Voici l'extrait du premier paragraphe de la description de tâches précisant la portée de l'autorité de la DSI dans un rôle conseil :

« Cette autorité lui confère le droit d'agir ou de donner des directives dans des unités administratives autres que la sienne, pour ce qui concerne des activités ou des processus spécifiques et souvent spécialisés qui s'inscrivent à l'intérieur de son champ de compétences. » (Doc. 2-C)

Cette DSI exerçait son mandat de soutien à la qualité des soins en travaillant, notamment, sur le rehaussement des compétences infirmières en lien avec la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*

(2002), la formation clinique ainsi que le redressement professionnel lorsque des enjeux relatifs à la compétence des infirmières étaient soulevés. Les principaux dossiers pour lesquels elle a eu à exercer de l'influence s'inscrivaient donc principalement dans ces trois grandes sphères d'activité. Cette DSI a également soulevé un enjeu déterminant pour l'exercice de son rôle, soit l'arrimage nécessaire avec l'ensemble des directeurs de programmes lors de la planification d'un changement touchant son champ de compétences.

4.1.2 Modèle de gouverne hiérarchique

La DSI oeuvrant, à temps complet, dans un modèle de gouverne des soins infirmiers hiérarchique exerçait ses fonctions dans un centre hospitalier de moins de 2000 employés en milieu urbain. Cet établissement comptait moins de 1000 infirmières et infirmières auxiliaires, mais la DSI était responsable de la gestion directe de l'ensemble des ressources en soins infirmiers de l'organisation. Elle détenait également un statut de cadre supérieure (classe salariale 21), relevait du directeur général et participait au comité de direction.

Elle avait d'abord occupé différentes fonctions de gestion dans une autre organisation avant sa nomination comme DSI dans cet établissement. Dans ce nouveau milieu, la culture organisationnelle était clairement teintée par un pouvoir médical prédominant. En effet, lors de son arrivée en poste, la gestion des soins était surtout organisée autour des préférences des services médicaux et était peu harmonisée en fonction des besoins de la clientèle ou des ressources disponibles pour l'ensemble de l'organisation. Cette DSI devait donc forcément gagner de la crédibilité auprès des médecins afin d'être en mesure d'effectuer les changements qui s'imposaient. En effet, le contexte de pénurie nécessitant une réorganisation des soins et des services, ainsi que l'importance du rôle de DSI au niveau de la qualité des soins l'ont amené à exercer de l'influence dans plusieurs dossiers. Parmi ceux-ci, l'organisation et la distribution des soins infirmiers, ainsi que la gestion des ressources humaines figuraient en tête de liste.

4.1.3 Modèle de gouverne hybride

La DSI œuvrant dans un modèle de gouverne hybride exerçait ses fonctions dans un centre hospitalier en milieu urbain de plus de 5000 employés. Cet établissement comptait d'ailleurs plus de 1500 infirmières et la DSI assumait la coresponsabilité de la gestion clinique de l'ensemble des ressources de l'organisation. Elle occupait aussi d'autres fonctions de gestion, notamment l'encadrement des programmes clientèle, détenait un statut de cadre supérieure (classe salariale 24), relevait du directeur général et participait au comité de direction, à l'instar des deux autres DSI de l'étude.

La particularité de ce modèle de gouverne résidait dans le fait que la DSI partageait certaines fonctions de gestion avec le directeur des services professionnel (DSP). Ensemble, leurs responsabilités décisionnelles s'étendaient à plus de 80% des activités de l'établissement. La DSI détenait également un rôle important de soutien à la recherche clinique. D'ailleurs, la description de tâches de cette DSI comprenait cet élément de développement et d'implantation de la recherche clinique ainsi que la collaboration avec les maisons d'enseignement (collèges et universités). Cette DSI a exercé de l'influence dans de nombreux dossiers touchant les ressources humaines, notamment en favorisant l'ajout de postes de conseillères en soins infirmiers, ainsi que des dossiers d'organisation des soins et des services en intégrant le dossier clinique informatisé dans son établissement.

4.2 Manifestations de l'influence des DSI

Ce survol des principaux éléments de contexte pour chacun des trois cas nous permet maintenant d'aborder plus concrètement les perceptions des DSI relatives aux manifestations de leur influence, telles qu'elles se sont présentées en milieu naturel, soit les stratégies qu'elles ont déployées ainsi que les résultats qu'elles ont obtenus. Dans cette section, les éléments communs aux trois cas seront soulevés, ainsi que les particularités propres à chacun des cas. Des extraits d'entrevues (DSI) ou de documents (DOC) appuient les résultats présentés.

4.2.1 *Stratégies d'influence communes aux trois DSI*

Bien que les DSI œuvraient dans un modèle de gouverne qui leur conférait un statut et un rôle différent, les formes de pouvoir mobilisées ainsi que les stratégies déployées pour exercer de l'influence étaient les mêmes à bien des égards. Par stratégie d'influence, on entend ici le comportement adopté pour influencer l'opinion ou les actions de l'autre dans le but d'atteindre ses objectifs. La figure 6 présente un résumé des stratégies utilisées par les DSI à partir des différents types de pouvoir décrits dans la littérature et pouvant être mobilisés afin d'exercer de l'influence. Ces types de pouvoir seront représentés en gras dans le texte afin de faciliter le repérage des stratégies associées.

En observant la figure 6, on peut voir que le **leadership** se retrouve au cœur des stratégies utilisées par les DSI pour exercer de l'influence. D'ailleurs, tel que mentionné dans le chapitre 2, le leadership consiste à influencer la direction à prendre afin de réaliser sa vision (Grossman et Valiga, 2009; Marquis et Huston, 2009). Cette dernière, considérée dans une perspective organisationnelle, se définit comme l'ingrédient de base du leadership pour lequel un chef de file a une idée claire de ce qu'il veut faire et a la force de persister malgré les revers (Bennis, 1989). Le partage de cette vision mobilise les membres de l'organisation et l'avancement d'un dossier y est également tributaire. Les DSI de la présente étude considéraient qu'elles devaient être porteuses d'une vision claire afin d'exercer de l'influence, et ce, dans toutes les sphères de l'organisation. L'une d'entre elles l'a d'ailleurs bien illustré par ces propos :

« Il faut avoir du leadership pour exercer de l'influence. Avoir du leadership, ça veut dire d'avoir quelque chose à livrer. Ça veut dire avoir une vision. Ce que j'ai souvent, je pense, laissé comme impression. C'est que, j'ai une vision, puis je fais les liens entre les choses. Donc [la personne], je lui donne un sens à ce qu'elle fait. » (DSI C)

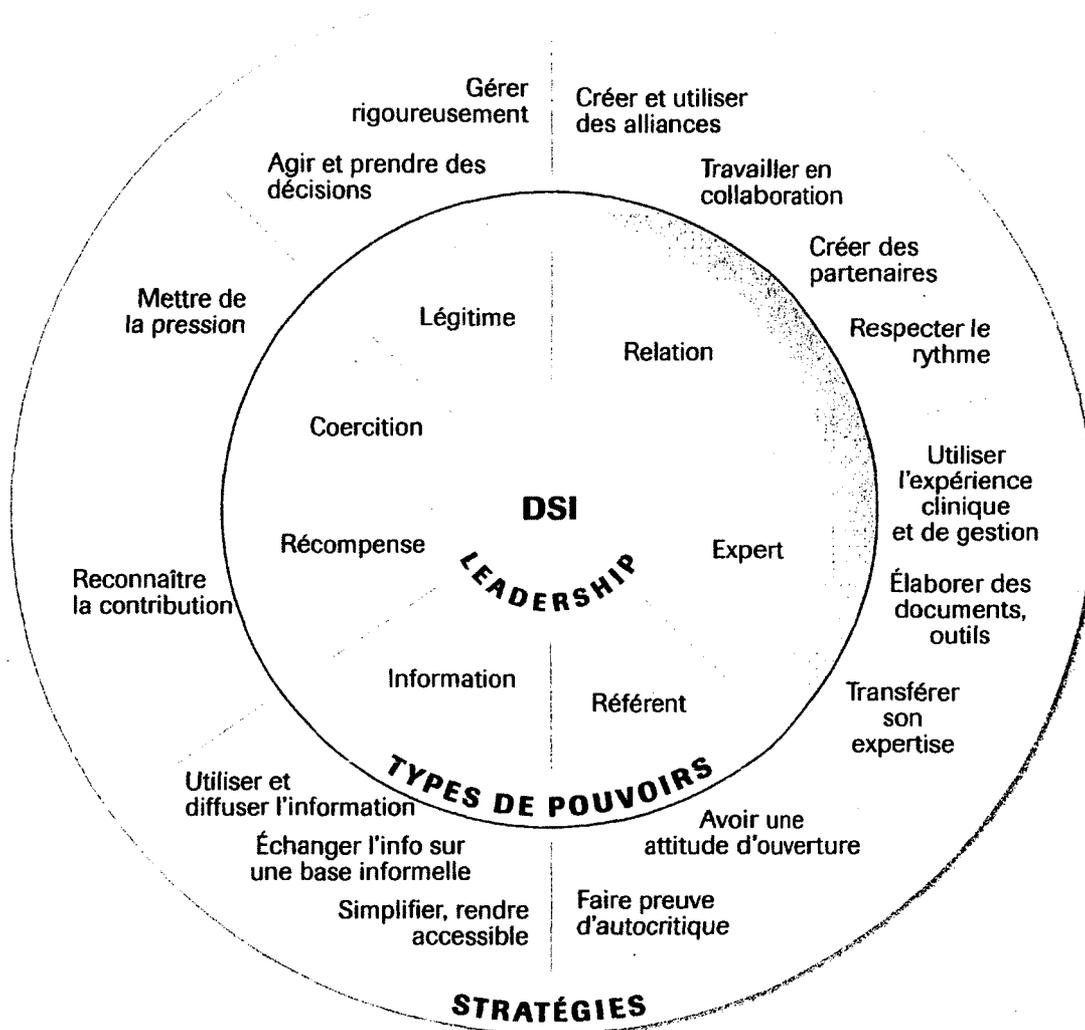


Figure 6. Stratégies déployées par les DSI pour exercer de l'influence selon le type de pouvoir mobilisé

À l'intérieur du cercle bleu de la figure 6, les diverses formes de pouvoir, soit une combinaison d'éléments conscients et inconscients qui permettent à une personne d'influencer les autres afin d'atteindre les buts qu'elle s'est fixés (French et Raven, 1959) sont illustrés. Les résultats obtenus à partir des entretiens et de la recherche documentaire ont permis de classer les différentes stratégies utilisées par les DSI en fonction de ces formes de pouvoir.

Les trois DSI mobilisaient fortement leur **pouvoir de relation** et utilisaient diverses stratégies telles la création et l'utilisation d'alliances, parfois avec d'autres collègues directeurs, parfois avec le DSP, mais toujours dans le but de faire avancer un dossier. Les trois DSI étaient également d'avis que l'utilisation stratégique des alliances était essentielle. En soi, les individus clés pouvaient différer d'un dossier à l'autre, mais l'analyse du portrait d'une situation demeurait fondamentale afin de bien cerner les partenaires potentiels. Une DSI l'exprimait d'ailleurs ainsi : « Bon, qui sont mes joueurs, comment j'utilise chacun d'eux pour faire avancer mes dossiers, ma vision. » (DSI H). Elles ont également soulevé l'importance de créer des agents multiplicateurs, de former, voire même d'éduquer les personnes avec qui elles ont à développer des alliances. À titre d'exemple, une DSI a raconté son alliance avec la direction des finances où elle lui a appris à utiliser « les bons mots et les bons arguments » (DSI H) afin d'être en mesure de faire adopter des changements, notamment au niveau de l'ajout de ressources humaines :

« Je me suis alliée avec lui [le directeur des finances] et je l'ai formé au clinique pour qu'il soit en mesure de comprendre et d'aider à traduire la lourdeur clinique en lourdeur financière et en gestion des besoins. » (DSI H)

Bien que la création d'alliances soit un élément clé pour exercer de l'influence et atteindre les objectifs fixés, cette dernière n'était toutefois pas toujours concluante et une réévaluation de la situation s'imposait afin de valider la pertinence de créer de nouveaux liens. Dans le même ordre d'idées, il s'avérait même parfois impossible de créer et d'utiliser des alliances, ce qui pouvait compromettre le déroulement d'un dossier et rendre difficile la gestion des effets d'un message ou d'une prise de position. Face à des alliances trop ardues ou des différends, les DSI croyaient qu'il devenait nécessaire d'utiliser une autre voie, telle la création d'un comité ou groupe de travail pouvant proposer des recommandations. L'apport du groupe avait l'avantage de mieux étoffer le dossier : « Lorsqu'on s'associe, ça passe mieux » (DSI Y).

Par ailleurs, la création d'alliances amenait souvent les DSI à utiliser le travail de collaboration comme stratégie d'influence. En effet, les DSI considéraient que la

collaboration, voire même le partenariat avec une personne ou un groupe représentaient des stratégies incontournables pour influencer. On entend par partenariat la mise en commun des ressources en vue de répondre à un besoin pour lequel les personnes impliquées ont un intérêt et ce mode d'action repose sur un degré élevé de collaboration (Bilodeau, Lapierre et Marchand, 2003). En fait, les trois DSI ont souligné la nécessité de reconnaître la contribution des autres pour qu'il y ait partenariat dans un dossier. Une DSI mentionnait d'ailleurs : « On travaille beaucoup en partenariat, pour être capable d'influencer. » (DSI Y). Toutefois, force est de constater que la collaboration n'était pas toujours possible, notamment avec les personnes qui préféraient travailler en solo.

Le respect du rythme, de la cadence de travail ainsi que de la réflexion des collègues et des décideurs semblait également fondamental pour les DSI désirant exercer de l'influence. Cette autre stratégie, s'avérait cependant ardue à appliquer pour les trois DSI: « Ce qui est le plus dur, c'est de respecter la vitesse à laquelle tous ces gens-là sont capables d'aller, qui n'est pas ma vitesse. » (DSI H). Ce principe semblait toutefois nécessaire pour exercer de l'influence efficacement : « Il faut être capable de respecter les gens où ils sont en les faisant cheminer tranquillement pas vite » (DSI H et Y).

Les DSI mobilisaient fortement leur **pouvoir d'expert** et utilisaient quotidiennement leur expérience clinique et de gestion pour exercer de l'influence : « Ma compétence, je la mets à contribution pour que l'autre prenne son bout et soit en mesure d'intervenir à son tour » (DSI C). Cette expertise leur permettait également de participer à l'élaboration d'outils et de documents susceptibles d'être utilisés dans le cadre de leurs fonctions ou lors de présentations dans divers lieux d'influence.

Quelques stratégies liées au **pouvoir de référent** ont été utilisées par les trois DSI pour exercer de l'influence, notamment la démonstration d'une attitude d'ouverture. En effet, le fait « d'être ouvert à l'autre » donnait l'impression « qu'on va être reçus, entendus » (DSI H). Les gens tiraient donc du plaisir à travailler avec une DSI qui était accessible et à l'écoute, qui « n'est pas directive » et qui « ne confronte pas les autres d'une manière désagréable » (DSI C). L'habileté à analyser la situation et l'auto-critique par

rapport à certaines attitudes ou certains comportements utilisés dans une situation donnée se démarquaient également comme des stratégies permettant aux DSI de s'ajuster continuellement, de « se remettre en question » (DSI C), ou de « corriger le tir » (DSI H) lorsqu'elles avaient à exercer de l'influence. Cette attitude semblait particulièrement importante pour les DSI lorsqu'elles ne réussissaient pas à mener un dossier de façon satisfaisante. Dans ces circonstances, les DSI tentaient d'ailleurs de « voir comment elles auraient pu agir autrement » (DSI H et C).

Le **pouvoir d'information** semblait également mobilisé par l'ensemble des DSI, peu importe le modèle de gouverne en place. L'utilisation de l'information reçue et la circulation de l'information non confidentielle paraissaient être des stratégies gagnantes pour les DSI. La recherche documentaire a effectivement permis de répertorier plusieurs véhicules pour transmettre ces informations, notamment les mémos, les résumés de rencontres du CA et de la direction, etc. Les trois DSI ont également souligné l'importance de simplifier et de rendre accessible l'information transmise, ce qui a été validé par l'analyse documentaire. Un autre moyen à la disposition des DSI pour faire circuler l'information et leur vision était d'assurer une présence dans un lieu d'influence. Les lieux d'influence pouvaient être locaux : conseil d'administration, comité de direction, divers comités de l'établissement, ou encore régionaux, comme la table des DSI, etc. À titre d'exemple, la DSI dans un modèle de gouverne de rôle conseil siégeait sur 15 comités internes et 5 comités externes (Doc. 2-C), tandis que la DSI dans un modèle hybride participait à 22 comités internes et 9 comités externes (Doc. 6-Y).

L'échange d'information sur une base informelle semblait également une stratégie au cœur de l'exercice de l'influence des DSI puisqu'elles ont toutes mentionné l'importance du travail en amont avant de présenter un dossier dans une instance stratégique. Elles croyaient qu'un « travail en coulisse » (DSI H) était souvent nécessaire afin « d'attacher les affaires avec une bonne partie du monde avant » (DSI C). Une DSI mentionnait d'ailleurs « qu'il y a beaucoup de dossiers qui se travaillent à la cafétéria » (DSI H). Les DSI accordaient aussi de l'importance aux échanges informels avec leurs employés (conseillères, adjoints, chefs d'unités, etc.) : « C'est une façon de prendre le

pouls » (DSI H) et de savoir ce qui se passe sur le terrain. En assurant une présence quotidienne auprès de leurs équipes, les DSI disaient soutenir plus efficacement leur personnel en répondant, par exemple, à des questions urgentes, ou en validant certains éléments importants. Enfin, les trois DSI considéraient que l'échange d'information sur une base informelle était sans équivoque une façon efficace d'exercer de l'influence, notamment par « le coaching et le soutien » (DSI C), puisqu'il y avait « tellement de richesse dans l'informel » (DSI H).

En ce qui concerne les **pouvoirs de récompense et de coercition**, seule la DSI dans le modèle de gouverne hiérarchique a mentionné utiliser des stratégies pouvant leur être associés. Elles seront donc exposées dans la section traitant des particularités de la DSI dans ce type de modèle de gouverne.

Les DSI désirant exercer de l'influence dans leur milieu devaient également mobiliser leur **pouvoir légitime**, relié à leur position et leur degré d'autorité incontesté dans l'organisation. La gestion rigoureuse des dossiers et des ressources mises à leur disposition constituait l'une des principales stratégies utilisées. En effet, l'une des DSI expliquait qu'elle devait être « rigoureuse dans le suivi, afin d'assurer la livraison des résultats escomptés » (DSI H). Une autre précisait l'importance de cette rigueur dans les suivis de redressement professionnel en travaillant d'abord avec un plan de soutien, en espérant que « les gens aient la maturité pour se corriger » (DSI C) et qu'elle préférait travailler dans ce mode de soutien plutôt que d'aller vers des mesures disciplinaires plus formelles.

Bref, l'exercice de l'influence des DSI reposait principalement sur les types de pouvoirs mobilisés ainsi que les stratégies d'influence qui leur étaient associées. En effet, les pouvoirs de relation, d'expert, de référent, d'information, de récompense, de coercition ainsi que le pouvoir légitime ont été mobilisés par la majorité des DSI lorsqu'elles ont eu à exercer de l'influence. Aussi, les stratégies utilisées se devaient d'être multiples pour obtenir une plus grande efficacité. Parmi celles-ci, notons entre autres, la création

d'alliances, de partenariats, l'utilisation des connaissances, la circulation d'information, l'attitude d'ouverture et la participation aux prises de décision stratégique. Bien que la plupart des stratégies aient été utilisées par l'ensemble des DSI, des nuances ont été soulevées par les DSI selon le modèle de gouverne des soins infirmiers en place ainsi que les différents contextes qui prévalaient dans l'organisation. Les spécificités propres à chacun des modèles en regard des stratégies utilisées et des résultats obtenus à la suite de l'influence des DSI seront donc présentées dans la section suivante.

4.2.2 *État des principales différences selon les modèles de gouverne*

Bien que plusieurs stratégies mentionnées s'avéraient communes pour les DSI des trois modèles de gouverne, plusieurs nuances ont été soulevées. En effet, nous avons constaté que le niveau de mobilisation des types de pouvoir différait selon les particularités du modèle de gouverne en place dans l'organisation. La fréquence et l'intensité dans l'utilisation de ces stratégies différaient également d'une DSI à l'autre. Un résumé comparatif des spécificités propres à chacun des modèles de gouverne des soins infirmiers en regard des stratégies utilisées figure au tableau 5.

Tableau 5

Stratégies prépondérantes selon le modèle de gouverne

MODÈLE DE GOUVERNE	PRINCIPALES STRATÉGIES D'INFLUENCE UTILISÉES
Modèle de rôle conseil (C)	<ul style="list-style-type: none"> • Collabore et crée des partenariats • Utilise ses connaissances cliniques • Fait preuve d'ouverture
Modèle hiérarchique (H)	<ul style="list-style-type: none"> • Collabore et négocie • Gestion rigoureuse des ressources humaines en soins infirmiers • S'implique dans les décisions de l'organisation
Modèle hybride (Y)	<ul style="list-style-type: none"> • Collabore et consulte • Simplifie et rend accessible l'information • Utilise le lobbying informel

Globalement, les DSI dans un modèle hiérarchique et hybride utilisaient davantage des stratégies relevant du pouvoir fonctionnel, ce qui est cohérent avec le fait qu'elles occupaient une fonction d'autorité les amenant à gérer une partie importante des ressources de l'organisation. La DSI dans un modèle de rôle conseil employait, pour sa part, des stratégies qui relevaient principalement du pouvoir personnel. L'analyse des données a aussi permis de documenter les résultats, tant au niveau relationnel qu'organisationnel, obtenus par les DSI à la suite de l'influence exercée. Les DSI ont également mentionné des résultats positifs pour l'ensemble des soins infirmiers de l'organisation à la suite de l'exercice de leur influence. Leurs perceptions quant à ces résultats obtenus sont résumés dans le tableau 6 et ce, pour chacun des modèles de gouverne. Dans les sections suivantes, les stratégies utilisées par les DSI pour exercer de l'influence ainsi que les résultats qu'elles ont obtenus seront expliqués en profondeur et illustrés dans leurs contextes spécifiques.

Tableau 6

Perceptions des DSI quant aux résultats de leur influence

RÉSULTATS	DSI C	DSI H	DSI Y
RELATIONNEL			
Meilleure communication		X	
Meilleure collaboration		X	
ORGANISATIONNEL			
Changement de pratiques	X	X	X
Changement de culture		X	X
SOINS INFIRMIERS			
Rehaussement de rôles	X		
Meilleur encadrement	X	X	X
Meilleure rétention	X	X	
Rayonnement des soins infirmiers		X	X

Légende : **DSI C** Modèle de gouverne de rôle conseil, **DSI H** Modèle de gouverne hiérarchique, **DSI Y** Modèle de gouverne hybride.

4.2.3 Stratégies d'influence utilisées et modèle de rôle conseil

La vision clinique des soins infirmiers de la DSI dans un modèle de rôle conseil, semblait bien endossée par la plupart des acteurs, bien que la multiplicité des paliers organisationnels ainsi que la taille de l'organisation n'en facilitait pas la transmission jusqu'aux infirmières des différents programmes. Afin d'assurer la transmission de sa vision dans l'établissement, cette DSI a privilégié une représentation de ses conseillères en soins infirmiers à l'intérieur des programmes. De cette façon, cette dernière s'impliquait directement auprès du chef de programme, des assistantes du supérieur immédiat et des infirmières afin de partager la vision de sa direction. Cette représentation directe sur le terrain permettait d'assurer une liaison entre la direction du programme et la DSI et favorisait une intervention rapide dans le contexte ou les décisions prises dans les programmes avaient un impact sur les soins infirmiers. À titre d'exemple, une conseillère a participé à des ateliers impliquant des intervenants et gestionnaires et visant l'optimisation des processus de travail dans le cadre d'une réorganisation. L'apport considérable de cette conseillère, qui a « questionné les façons de faire avec beaucoup de maturité » (DSI C) lors de ces ateliers, a été soulevé par la directrice du programme lors d'une rencontre regroupant l'ensemble des cadres de l'organisation. Les interventions de cette conseillère ont permis de soulever divers enjeux et d'insuffler la vision de la DSI dans ce programme en « questionnant les pratiques actuelles et en influençant la redéfinition des processus de soins » (DSI C).

La DSI dans un modèle de rôle conseil a d'ailleurs souligné une particularité de son modèle de gouverne concernant le travail de collaboration et le partenariat. En effet, elle a précisé que dans son milieu, toute intervention dans une direction requerrait l'adhésion du chef de secteur, sinon, « ça ne tiendrait pas la route, puisqu'il a la responsabilité administrative des ressources infirmières » (DSI C). L'exercice de l'influence pour la DSI dans cette forme de gouverne passait donc, inévitablement, par la création d'un partenariat avec l'ensemble des directions. Cependant, comme cette DSI l'a bien mentionné : « L'influence, elle est progressive, elle n'est pas directive, elle n'est pas automatique non plus » (DSI C).

La transformation des rôles visant une pratique basée sur les expertises spécifiques de chacun des membres de l'équipe soignante représentait un dossier important sur lequel elle avait d'ailleurs exercé de l'influence en utilisant une stratégie de collaboration avec quelques directions. Cette révision des rôles de chacun, initiée à la suite de l'adoption de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (2002), avait nécessité des ajustements importants au niveau de l'organisation du travail. En effet, les activités de l'infirmière devaient maintenant s'orienter autour de la coordination de l'équipe de travail et l'évaluation de l'état de santé physique et mental des patients, tandis que les infirmières auxiliaires et les préposés devaient concentrer leurs activités sur les autres types de soins. Ces ajustements n'auraient pu être possibles sans un partenariat soutenu entre les directeurs et chefs de programmes responsables du volet administratif ainsi que la DSI et ses conseillères, responsables du volet clinique. Ce partenariat a permis à la DSI d'influencer les décisions prises et le résultat de cet exercice a entraîné un rehaussement du rôle de l'infirmière ainsi qu'une réorganisation du travail pour l'ensemble des ressources en soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires). Au moment de l'entretien, la DSI n'avait pas encore eu la possibilité d'évaluer les impacts directs de ces changements auprès des usagers, dont ceux en lien avec la qualité des soins. Cependant, la grande majorité des acteurs concernés semblait satisfaite par l'instauration de ces nouveaux modes de pratique.

Le pouvoir d'expert était également fortement mobilisé par cette DSI qui valorisait d'ailleurs l'utilisation de ses connaissances cliniques dans l'exercice de ses fonctions. Dans un contexte où les directeurs et chefs de programme détenaient davantage un rôle de gestion administrative, l'encadrement clinique devait être assuré par la DSI et son équipe. Bien que l'ensemble des gestionnaires souscrivait à ces changements de pratique pour les infirmières, la DSI était reconnue pour avoir l'expertise permettant « d'amener le contenu, la conception des outils cliniques [...] et d'aller expliquer les changements pour les convaincre » (DSI C). Par ailleurs, cette DSI soulignait « qu'une direction de soins comme la nôtre doit avoir une compétence à la fine pointe » (DSI C). Le plan d'action 2010-2011 de cette direction des soins infirmiers accordait d'ailleurs une grande importance à l'encadrement et au soutien clinique des infirmières (Doc. 7-C). Ainsi, le développement

d'un programme de soins de plaies, le mentorat direct pour l'évaluation et le traitement des plaies, le développement de règles de soins infirmiers et d'ordonnances collectives sont tous des exemples de mobilisation du pouvoir d'expert ayant permis d'influencer les décisions des autres directions en regard de la qualité des soins infirmiers et d'amorcer des changements de pratiques dans les divers programmes.

Cette DSI qui semblait appréciée pour son charisme, ses paroles et ses actions mobilisait grandement son pouvoir de référent. Bien que ce type de pouvoir soit fortement associé à la personnalité d'un individu, une hypothèse permettant d'expliquer ce phénomène est que la DSI en mode conseil devait davantage compter sur l'approbation des autres directeurs pour intervenir auprès des infirmières qui ne relevaient pas de son autorité hiérarchique. À titre d'exemple, la planification d'une formation pour les infirmières d'un programme devait nécessairement s'organiser en concertation avec le chef de programme qui devait, pour sa part, gérer ses priorités d'équipe. La souplesse et l'ouverture, voire même l'humour étaient souvent nécessaire pour arriver à convaincre le chef de programme qu'il faille intervenir rapidement dans une situation donnée : « Je ne suis pas quelqu'un qui confronte les gens [...] Dans mes façons de faire, j'ai beaucoup de plaisir, puis d'intuition et il faut que ce soit simple » (DSI C).

Parallèlement, le pouvoir de coercition était peu mobilisé par cette DSI dans un modèle de rôle conseil. En effet, elle soulignait que de « faire la police » (DSI C) devait être évité, notamment dans un contexte où l'amélioration de la qualité des soins et des compétences ainsi que l'adhésion du plus grand nombre de professionnels aux bonnes pratiques étaient visées. La DSI a exprimé une crainte à l'effet que les infirmières pourraient percevoir qu'on « vient les surveiller, mais qu'on ne leur montre pas comment faire » (DSI C). En effet, elle racontait que certaines infirmières démontraient parfois de la résistance à l'adoption de nouvelles pratiques émergentes, mais « avec du soutien, de l'encadrement et une assurance professionnelle [un soutien] venant d'une conseillère » (DSI C), elles arrivaient à modifier leurs façons de faire. Dans ce contexte, elle privilégiait le soutien et la formation, bien que dans une circonstance où la sécurité des patients était menacée, il devenait nécessaire d'exercer une surveillance plus coercitive : « [...] »

quelqu'un qui ne joue pas son rôle d'infirmière ou qui le joue à 20%, il faut intervenir [...] » (DSI C). Cette DSI était d'ailleurs reconnue dans son établissement pour la rigueur déployée dans la gestion des dossiers de compétences infirmières. En effet, l'influence exercée auprès de ses collègues directeurs avait permis d'améliorer la gestion des cas de redressement professionnel, favorisant ainsi un encadrement plus soutenu de la pratique infirmière par la mise en place d'une procédure d'évaluation et de suivi de la compétence (Doc. 8-C).

Dans le contexte où un dossier ne permettait pas d'atteindre les résultats escomptés, cette DSI précisait l'importance de trouver d'autres avenues. Elle donnait, en l'occurrence, l'exemple d'un dossier visant l'amélioration de l'accès aux outils et formations cliniques sur la plateforme web, et ce, pour l'ensemble des infirmières de son organisation. Les démarches entreprises dans ce dossier ne s'étaient pas soldées par l'obtention du financement nécessaire au déploiement des différents outils (Doc.10-C). La DSI a donc souligné que, dans ces circonstances, il « faut réanalyser, puis voir si on a encore des alliés qu'on n'a pas bien alimentés » (DSI C). La création d'une alliance avec la direction de l'enseignement et de la recherche, qui se préoccupait d'améliorer le transfert de connaissances dans l'organisation, a donc porté fruit dans ce dossier et la DSI a finalement obtenu son financement.

Bref, les résultats nous portent à constater que la DSI dans un modèle de rôle conseil privilégiait davantage des stratégies lui permettant de mobiliser son pouvoir de relation, d'expert et de référent. En assurant une présence de sa direction dans les différents programmes de l'organisation, en développant des alliances, en créant des partenariats pour faire avancer ses dossiers, en utilisant son expertise clinique et enfin, en faisant preuve d'ouverture, cette DSI arrivait à exercer une influence certaine dans l'ensemble de son organisation. Voyons maintenant les particularités de l'exercice de l'influence de la DSI dans un modèle de gouverne hiérarchique.

4.2.4 *Stratégies d'influence utilisées et modèle hiérarchique*

La DSI dans un modèle de gouverne hiérarchique mobilisait fortement son pouvoir de relation ainsi que son pouvoir légitime. Aussi, elle mobilisait davantage et avec plus d'intensité l'ensemble des autres formes de pouvoir. Le fait d'être en autorité et d'avoir la possibilité de nommer ses chefs d'unité facilitait la transmission de sa vision puisqu'elle pouvait sélectionner des candidats qui partageaient des valeurs similaires aux siennes. Cependant, elle accordait une importance certaine à la collaboration et ne manquait pas une occasion pour intégrer des médecins, professionnels, ainsi que les autres directions à l'élaboration de plans d'action pouvant les concerner. Selon cette DSI, les enjeux de tous devaient être présentés et discutés pour arriver à « des compromis » (DSI H) afin que chacun y trouve son compte. Elle a d'ailleurs mentionné une situation difficile vécue avec les médecins de l'établissement qui travaillaient davantage en silo dans la gestion des hospitalisations, sans considérer l'ensemble de l'organisation des soins et des services, et ce, dans un contexte de pénurie de ressources. Plusieurs « négociations » (DSI II) avaient été nécessaires, mais « cela a amené plus d'échanges et de discussions » (DSI H). Un résultat important pouvant être relié au leadership de cette DSI ainsi qu'à son influence constitue l'implantation d'un processus de gestion et d'attribution des lits dans l'établissement. Cette nouvelle façon de travailler a favorisé, du même coup, le développement d'une collaboration entre les divers partenaires, l'amélioration de la communication et l'amorce d'un changement de culture dans l'organisation.

La reconnaissance de la contribution des employés a également été soulevée par la DSI dans un modèle hiérarchique comme une stratégie permettant d'exercer de l'influence. En fait, dans le contexte d'une pénurie importante de ressources nécessitant le recours au temps supplémentaire obligatoire, elle avait travaillé avec la fondation de son établissement et le syndicat pour offrir des récompenses aux infirmières qui acceptaient de travailler volontairement un quart de travail supplémentaire, ainsi que celles ayant une présence au travail satisfaisante. Elle utilisait ainsi la récompense afin de susciter la contribution volontaire des infirmières, dans le contexte où elle-même considérait le principe du temps supplémentaire obligatoire inadmissible. De plus, l'établissement offrait des bourses

d'études aux infirmières qui poursuivant leurs études au baccalauréat, l'idée étant de démontrer de la reconnaissance « pour les efforts qui étaient faits » (DSI H). Un résultat important de ces stratégies de reconnaissance, jumelée à d'autres engagements de l'établissement, est qu'elles ont permis d'améliorer la rétention des infirmières depuis qu'elles ont été instaurées.

Le pouvoir de coercition, occasionnellement mobilisé par la DSI dans un modèle de gouverne hiérarchique lui permettait d'exercer une certaine influence, notamment en exerçant de la pression sur certaines décisions. En effet, la DSI utilisait parfois son statut pour remettre en question l'arrêt de certaines procédures considérées inacceptables. Par exemple, lorsqu'une intervention électrique ou mécanique dans l'établissement pouvait mettre en danger la sécurité de la clientèle ou des employés, elle s'y opposait fermement et s'assurait qu'une planification adéquate et sécuritaire des travaux soit mise en œuvre. Cette DSI est également intervenue fortement auprès du directeur général pour l'inciter à prendre position contre l'exigence du temps supplémentaire obligatoire pour le personnel. L'efficacité de cette intervention a d'ailleurs favorisé l'initiation de changement de pratiques dans l'organisation, ainsi que certains progrès concernant la rétention du personnel infirmier. La DSI a cependant souligné que pour exercer de l'influence, il était préférable de ne pas « obliger les gens à faire quelque chose » (DSI H). Pour elle, l'influence obtenue par la punition ou l'obligation ne semblait pas être un gage de succès, du moins, pas à long terme.

Le pouvoir légitime de cette DSI lui confirmant une autorité hiérarchique sur l'ensemble des chefs d'unité et des infirmières était fortement mobilisé. Cette autorité impliquait nécessairement une part importante de gestion de ressources humaines dans son quotidien. Plusieurs actions et décisions prises à ce niveau figuraient parmi les stratégies utilisées par cette DSI pour exercer de l'influence. La négociation d'un financement supplémentaire permettant l'ajout de postes d'infirmières chefs constituait l'une des stratégies utilisées. Cet ajout de ressources visait la réduction de la taille de vastes unités de soins afin de « les rendre [à l'échelle] plus humaines » (DSI H). Un résultat de cette

décision de la DSI, entérinée par les différentes instances concernées, a contribué à l'amélioration de l'encadrement de la pratique infirmière sur les unités de soins.

Certaines situations dans l'organisation ont également amené cette DSI à prendre des décisions impopulaires entraînant leur lot de difficultés. Dans le contexte de pénurie de ressources, le contournement de certaines règles syndicales par la mise en place d'une structure de poste initialement non prévue dans les conventions collectives lui a valu quelques confrontations. Cette décision lui a toutefois permis de stabiliser les équipes de travail et a favorisé la rétention du personnel.

La DSI dans un modèle de gouverne hiérarchique exerçait également son influence en se positionnant « au cœur d'où les décisions se prennent » (DSI H) et en s'impliquant activement dans les décisions portant sur les enjeux globaux de l'organisation et en y insufflant sa vision. Parmi les documents répertoriés par cette DSI et lui ayant permis d'exercer de l'influence, notons une présentation effectuée devant les membres du conseil d'administration dans la foulée des travaux entourant la planification stratégique de l'établissement. Elle avait alors proposé différentes stratégies permettant le développement d'une « approche davantage centrée sur le patient » (Document 5-H), influençant ainsi certaines décisions prises par la suite, notamment sur l'accessibilité aux services par la création d'un centre d'appel 24/7 pour certains types de clientèle.

Bref, les résultats nous portent à constater que la DSI dans un modèle de rôle hiérarchique privilégiait davantage des stratégies lui permettant de mobiliser son pouvoir légitime, de relation, de reconnaissance et parfois même de coercition. Elle mobilisait également son pouvoir d'expert et de référent, mais avec moins d'intensité que la DSI dans un modèle de rôle conseil. La collaboration et la négociation, l'action et la prise de décision concernant la gestion des ressources humaines ainsi que le rayonnement d'une vision des soins infirmiers basée sur une approche clientèle sont les principales stratégies utilisées par la DSI dans le modèle hiérarchique pour exercer de l'influence dans son organisation. Regardons maintenant les stratégies privilégiées par la DSI dans un modèle hybride.

4.2.5 *Stratégies d'influence utilisées et modèle hybride*

Pour sa part, la DSI dans un modèle hybride devait développer une « vision commune » (DSI Y) avec le DSP, son cogestionnaire de l'ensemble des programmes de l'organisation. Cette codirection des programmes nécessitait d'ailleurs un travail de collaboration soutenu. Un des premiers défis soulevés consistait à transmettre cette « vision commune et partagée » (Doc. 7-Y) à l'ensemble des médecins, professionnels et employés de l'organisation. Un schéma illustrant leur vision des processus de soins et de services a ainsi été élaboré en collaboration avec différents groupes de l'organisation, tels médecins, infirmières, professionnels en réadaptation et personnel de soutien, ce qui a ensuite facilité l'intégration de ce changement « de mentalité » (DSI Y) dans les pratiques quotidiennes.

Le pouvoir d'information, particulièrement mobilisé par la DSI dans un modèle hybride, s'exprimait notamment lors de ses présences sur de nombreuses tables de discussion et comités, tant au niveau local que régional. Cette accessibilité à bon nombre de renseignements privilégiés lui permettait d'assurer le transfert des informations pertinentes aux gestionnaires et aux infirmières. Ces derniers, étant ainsi mieux informés, pouvaient donc à leur tour positionner ces enjeux à l'intérieur de leurs programmes afin, notamment d'améliorer les services offerts. Cette DSI était d'ailleurs particulièrement préoccupée par la simplification et l'accessibilité de l'information au plus grand nombre de gens possible dans l'organisation et utilisait largement la consultation afin d'exercer de l'influence. À titre d'exemple, elle soulignait que, lors de son arrivée en poste, les membres du conseil d'administration discutaient peu des aspects cliniques entourant la gestion de l'établissement de santé. Après avoir soulevé cet enjeu au cours d'une rencontre, elle a par la suite développé un tableau de bord clinique et de gestion permettant de documenter certains indicateurs de performance (Doc. 8-Y). Cet outil dressait un portrait sommaire et évolutif de la situation qui prévalait dans l'établissement et le suivi des indicateurs orientait ainsi les gestionnaires et le conseil d'administration dans les décisions visant l'ajustement ou le développement de l'offre de services.

Une autre stratégie relevant du pouvoir d'information était fortement utilisée par cette DSI, soit le lobbying informel. En effet, afin de faciliter l'adhésion à ses propositions ou d'en limiter les désapprobations, elle préférait rencontrer les personnes concernées par un dossier avant de le présenter officiellement dans une instance quelconque. Cette consultation informelle lui permettait, d'une part, de donner des explications sur le dossier et, d'autre part, de considérer à l'avance les divergences de perception ou d'interprétation afin de mieux préparer son argumentation.

« Mais je vous dirais que je le fais beaucoup informellement, à l'heure actuelle je fais beaucoup de lobbying informel, avant d'amener un dossier au comité de direction, pour ne pas mettre mes collègues non plus dans une drôle de position. » (DSI Y)

Une autre stratégie importante utilisée par la DSI dans un modèle hybride pour exercer de l'influence en mobilisant son pouvoir légitime était la prise de décisions. Elle mentionnait d'ailleurs « qu'il ne faut pas juste s'agiter, il faut agir » (DSI Y). Plusieurs actions pour cette DSI portaient principalement sur l'ajout de ressources au niveau de l'encadrement clinique et administratif en soins infirmiers. Un document avait d'ailleurs été déposé au comité de direction afin d'ajouter des postes de conseillères cliniques et justifier le fait que « le leadership des unités de soins devait être assumé par des infirmières avec une formation de baccalauréat » (DSI Y). L'influence de cette DSI a entraîné une décision favorable de la direction générale et l'exigence du baccalauréat pour obtenir un poste d'infirmière chef d'unité prévaut maintenant dans l'organisation, assurant ainsi un meilleur encadrement clinique.

Bref, les résultats nous portent à constater que la DSI dans un modèle de rôle hybride privilégiait davantage des stratégies lui permettant de mobiliser ses pouvoirs d'information, légitime et de relation. En effet, c'est principalement en utilisant la consultation, en utilisant le lobbying informel et en simplifiant et rendant accessible l'information que cette DSI exerçait de l'influence. Elle mobilisait d'ailleurs plus fréquemment son pouvoir d'information que ses collègues des modèles conseil et hiérarchique, mais utilisait dans une moindre mesure que la DSI dans un modèle de rôle

conseil, les stratégies relevant des pouvoirs d'expert et de référent. À l'instar des DSI dans les deux autres modèles de gouverne, la DSI dans un modèle hybride mobilisait fortement son pouvoir de relation et les trois DSI convenaient que la création d'alliances, la collaboration et la création de partenariat demeuraient des stratégies incontournables pour exercer de l'influence dans leurs organisations de santé.

4.3 Facteurs facilitant et limitant l'exercice de l'influence des DSI

Plusieurs facteurs ont été identifiés par les DSI comme éléments facilitant ou limitant l'exercice de leur influence. Ceux-ci se divisent en trois catégories, soit les facteurs personnels, relationnels et organisationnels. Les tableaux 7 et 8 présentent les résultats obtenus pour chacun des modèles de gouverne.

Tableau 7

Facteurs facilitant l'exercice de l'influence des DSI

FACTEURS	MODÈLES DE GOUVERNE		
	C	H	Y
PERSONNELS			
Crédibilité	X	X	X
Habilités politiques	X	X	X
Qualités personnelles	X	X	X
Connaissances de l'organisation	X		
Expertise clinique et de gestion	X	X	X
RELATIONNELS			
Bonnes relations avec collègues	X	X	
ORGANISATIONNELS			
Taille de l'organisation	X	X	
Soutien du DG et des collègues	X		
Avoir les moyens de ses ambitions	X	X	X

Légende : DSI C Modèle de gouverne de rôle conseil, DSI H Modèle de gouverne hiérarchique, DSI Y Modèle de gouverne hybride.

Tableau 8
Facteurs limitant l'exercice de l'influence des DSI

FACTEURS	MODÈLES DE GOUVERNE		
	C	H	Y
RELATIONNELS			
Luttes de pouvoir		X	
Résistances	X	X	
ORGANISATIONNELS			
Taille de l'organisation	X		
Multiplicité des paliers organisationnels	X		
Pouvoir d'action limité	X		
Rythme d'évolution des dossiers	X	X	X
Manque de temps, cadence des demandes	X	X	X
Manque de ressources	X	X	X
Mobilité de la main d'œuvre	X		

Légende : **DSI C** Modèle de gouverne de rôle conseil, **DSI H** Modèle de gouverne hiérarchique,
DSI Y Modèle de gouverne hybride.

4.3.1 Facteurs personnels

Les DSI étaient toutes fortement d'avis que les facteurs personnels jouaient un rôle crucial dans leur capacité à exercer de l'influence dans une organisation, peu importe le modèle de gouverne des soins infirmiers en place. Aucun facteur personnel n'est d'ailleurs ressorti dans la catégorie des facteurs limitant l'exercice de leur influence. Un facteur incontournable et essentiel était d'avoir de la crédibilité dans l'établissement : « Il faut que je sois crédible » (DSI H). Cette crédibilité s'obtiendrait, entre autres, par la mobilisation de certaines habiletés et qualités personnelles. Elle serait également fortement associée à la mobilisation du pouvoir d'expert, acquis par les connaissances, l'expertise, ainsi que l'expérience : « C'est vraiment d'arriver avec un fond qui est solide. Tu bâtis ta crédibilité comme ça. Par la suite, avec les alliés, tu peux commencer à faire avancer des dossiers » (DSI H). Par ailleurs, c'est la reconnaissance de cette expertise par les employés, les autres collègues directeurs ou les supérieurs qui conférerait aux DSI de la crédibilité dans l'organisation. Les trois DSI ont toutefois mentionné que cette crédibilité pouvait parfois

être longue à acquérir, bien qu'elle puisse être facilement mise à l'épreuve. Une DSI l'illustre en ces termes :

« Dans l'influence [...] Quand la direction a une réputation de rigueur, a une reconnaissance dans l'établissement, c'est sûr que ça facilite [...]. Il faut dégager une compétence à la fine pointe. S'il arrivait une nouvelle façon de traiter un problème et qu'on ne savait pas quoi faire, on perdrait notre crédibilité. Des fois, c'est très long à gagner la crédibilité, mais c'est très facile à perdre. » (DSI C)

Les DSI du modèle conseil et hybride bénéficiaient d'une crédibilité bien établie dans l'organisation avant leur entrée en fonction à titre de DSI puisqu'elles détenaient déjà, au préalable, un poste de gestionnaire et une bonne connaissance du milieu. Une autre réalité a prévalu pour la DSI dans le modèle hiérarchique, nouvellement arrivée dans son établissement, et pour qui la « crédibilité n'était pas faite » (DSI H). En effet, cette dernière a dû assurer sa visibilité dans l'organisation tout en affirmant sa vision. Elle disait également avoir pris des risques en ayant eu le courage d'intervenir dans plusieurs situations difficiles, ce qui lui a finalement valu une reconnaissance du directeur général, du conseil d'administration et même du syndicat de l'organisation à plus long terme : « Là, on sent qu'on s'en va dans le même chemin [...] je pense que la crédibilité est passée de l'autre côté [côté positif] » (DSI H).

Les trois DSI reconnaissent également le rôle essentiel de la maîtrise des habiletés politiques dans l'exercice de leur influence. Pour elles, ces habiletés faisaient référence au fait d'être stratégique et de démontrer des aptitudes de communication et de contrôle de soi : « Stratégiquement, je vais décider de dire ce que j'ai besoin ou si je vais attendre la question » (DSI Y). Cependant, bien que ces habiletés aient été notées comme importantes par les DSI pour exercer de l'influence, l'une d'entre elles a souligné qu'elles semblaient « *peu maîtrisées* » (DSI H) par les infirmières en général.

À l'instar des habiletés politiques, certaines qualités ou attitudes personnelles particulières confèreraient également aux DSI un certain avantage lorsque vient le temps d'exercer de l'influence. Les principales qualités ou attitudes mentionnées par les DSI

étaient la persévérance, la confiance en soi, une façon d'être agréable et positive avec les autres, la créativité, la capacité de vivre avec les conséquences d'une décision, le courage et la capacité de lâcher prise. Pour illustrer les qualités nécessaires, l'une d'entre elles mentionnait : « Je pense qu'il faut avoir la couenne dure, il faut être capable de dépersonnaliser ce qu'il t'arrive parce que [sinon], je pense que tu ne restes pas dans un fauteuil comme ça » (DSI H).

4.3.2 *Facteurs relationnels*

Ce type de facteur renvoie davantage à la qualité des relations que la DSI entretient avec les membres de son organisation. Ces facteurs ont davantage été soulevés par les DSI en mode hiérarchique et conseil, lesquelles ont noté l'importance d'entretenir de bonnes relations avec les collègues de travail afin d'exercer efficacement de l'influence. La DSI en mode hiérarchique parlait de sa relation avec le DSP qui « est assez exceptionnelle » (DSI H), ce qui lui avait permis de faire avancer sa vision auprès de l'équipe médicale. La DSI en mode conseil, pour sa part, disait utiliser l'humour avec ses collègues de travail et avait « beaucoup de plaisir à travailler avec son équipe » (DSI C).

Des résistances se sont révélées comme un frein à l'exercice de l'influence. La résistance la plus fréquemment soulevée par les DSI était celle de l'équipe médicale ou du CMDP envers certaines de leurs orientations. Des directions travaillant un peu plus en silo ainsi que certains comités pouvaient également faire preuve de résistance lorsque la DSI présentait un dossier. En guise d'exemple, une DSI fut confrontée à des tribulations concernant la définition du champ de pratique des infirmières praticiennes. Le comité en question avait émis plusieurs « critères d'exclusion, dont l'un prétendant qu'elles ne pouvaient initier [prescrire] la plupart des médicaments » (DSI H). Grâce à un argumentaire solide, les DSI, confrontées à des résistances, pouvaient rétorquer et alimenter la discussion afin d'être en mesure d'exercer efficacement de l'influence.

La DSI dans un modèle hiérarchique était la seule à avoir abordé un élément important souvent présent dans bon nombre d'organisations, soit les luttes de pouvoir ou les « guerres de territoires » (DSI H) qui peuvent parfois exister entre certaines personnes ou groupes : « Le milieu médical est assez fermé et je ne fais pas partie de ce club sélect » (DSI H). Les individus qui jouissent d'un statut particulier dans l'organisation peuvent effectivement rendre « extrêmement difficile » (DSI H) la capacité d'une DSI ou de toute autre personne à exercer de l'influence.

4.3.3 *Facteurs organisationnels*

Certains facteurs touchant l'organisation dans laquelle une DSI évolue avaient un impact sur l'exercice de son influence. La taille de l'organisation pouvait être un facteur facilitant ou limitant, dépendamment si la DSI œuvrait dans une petite ou une plus grande organisation. En effet, la DSI dans un modèle hiérarchique exprimait le fait que « d'être petit » (DSI H) facilitait l'exercice de son influence, tandis que la DSI dans un modèle de rôle conseil soulignait que, dans un établissement de taille considérable, « la concertation, c'est quelque chose ! [c'est difficile] » (DSI C). Pour cette dernière, la multiplicité des paliers organisationnels constituait une limite à son pouvoir d'influence.

« Ce que je trouve un peu plus difficile, c'est qu'il y a plusieurs paliers dans certaines directions et là, parfois, les informations se perdent. Moi, je peux avoir une belle entente avec le directeur, mais c'est au directeur à descendre les affaires à ses chefs de programme. Alors parfois, il y a des délais et ça peut prendre un certain temps. » (DSI C)

Un autre élément noté par les trois DSI comme limitant l'exercice de leur influence dans les organisations se rapportait justement au rythme d'évolution des dossiers, notamment dans les établissements de taille importante. En effet, plus le nombre d'intermédiaires dans un dossier était élevé, plus le rythme d'évolution de ce dossier risquait de s'allonger. D'autre part, les DSI subissaient parfois des pressions de la part d'autres collègues ou d'infirmières lorsqu'un dossier ne progressait pas assez rapidement. Une DSI l'exprimait d'ailleurs en ces termes :

« Je voudrais que ça aille plus vite, ou parfois, les gens voudraient aller plus vite sans considérer leurs collègues ou leurs partenaires importants. Donc, je dois travailler avec ça » (DSI Y).

Le manque de temps était d'ailleurs soulevé par l'ensemble des DSI comme une contrainte à l'exercice de leur influence. La cadence avec laquelle les demandes affluaient et le peu de temps disponible pour préparer un dossier risquaient d'avoir un impact sur les stratégies d'influence utilisées et ainsi affecter le résultat de l'influence. Les DSI avaient donc « tendance à aller beaucoup plus rapidement » (DSI H) dans la préparation de leur dossier, puisqu'elles étaient « toujours prises avec le temps » (DSI H). Elles avaient parfois même « tendance à escamoter certaines portions » (DSI Y) dans la documentation de leurs dossiers. En effet, le nombre de dossiers à traiter et les agendas très chargés obligeaient les DSI à définir des dossiers prioritaires pour lesquels elles avaient à exercer de l'influence. Ce qui semblait aider les DSI à gérer efficacement ce manque de temps était l'expérience acquise au fil du temps dans leur rôle, leur connaissance de l'organisation ainsi que les alliances possibles dans un dossier :

« L'autre chose, c'est le nombre de dossiers qu'on doit s'occuper en simultané. Mais plus le temps avance, plus l'expérience fait que tu deviens solide et tu es capable d'établir tes liens et de faire une analyse rapide, puis de bien comprendre toute l'organisation, que ce soit à l'externe ou à l'interne. » (DSI Y)

Outre le manque de temps et la cadence des demandes, la mobilité de la main-d'œuvre au niveau du personnel d'encadrement était également perçue comme un facteur limitant l'exercice de l'influence des DSI. En effet, « les changements réguliers de personnes » (DSI Y) dans les équipes de gestion ont un impact sur la « stabilité » (DSI C). Aussi, « l'appropriation des dossiers peut prendre un certain temps » (DSI Y), ce qui peut en retarder le déroulement. Ainsi, pour les DSI, de nouveaux liens devaient constamment être créés afin d'exercer de l'influence.

De façon plus globale, le manque de ressources humaines, financières, matérielles, s'ajoutait à la liste de facteurs contraignants l'exercice de leur influence. En effet, les DSI

racontaient que « beaucoup d'énergie » (DSI C) était parfois déployée pour « bâtir un dossier » (DSI H), sans que les ressources financières pour sa réalisation ne soient au rendez-vous. Par conséquent, un facteur indispensable à l'exercice de leur influence consistait à « avoir les moyens de ses ambitions » (DSI C). La DSI dans un modèle de gouverne hiérarchique, gérait elle-même pratiquement l'ensemble du budget des soins infirmiers de l'établissement et disait d'ailleurs qu'elle avait l'avantage de ne pas avoir de « permission à demander » (DSI H) pour prendre une décision. Par exemple, lorsqu'un poste était vacant, elle disait réévaluer la situation avant de procéder à un affichage. Cette autonomie dans la gestion des ressources lui permettait de pouvoir réorganiser ses unités selon les besoins de la clientèle. En contrepartie, la DSI dans un modèle de rôle conseil était responsable de la gestion financière de sa direction clinique, mais ne détenait pas les ressources ni les leviers administratifs pour faire les changements qui auraient pu améliorer la qualité des soins dans l'ensemble de l'établissement. Son pouvoir d'action concernant la réorganisation des ressources humaines était ainsi plus limité. Elle avait d'ailleurs bien illustré cette limite :

« Si je pense que dans une direction, ils pourraient modifier les rôles [infirmiers], il faut d'abord que je convainque le chef de programme que ce serait important. Après ça, il faudrait voir s'il veut mettre du temps là-dessus, s'il pense que c'est pertinent, puis qu'on mobilise son équipe, puis qu'après ça, on se mette à travailler. » (DSI C)

Cependant, un élément facilitant grandement l'influence de cette DSI en mode conseil semblait être le soutien dont elle bénéficiait dans son organisation. En effet, elle notait fréquemment l'importance du soutien apporté par son directeur général et ses autres collègues directeurs, surtout dans le contexte où elle ne détenait pas l'autorité hiérarchique sur la gestion administrative des infirmières dans les programmes :

« J'ai le soutien de mon directeur général, j'ai le soutien des directeurs généraux adjoints, j'ai le soutien de la direction des services professionnels [...] j'ai une belle complicité avec le comité de direction. Je ne peux pas dire que je suis en rupture avec aucune personne influente, donc ça doit aider. » (DSI C)

La présence ou non de ces facteurs tant personnels, relationnels qu'organisationnels semblait donc déterminante dans l'exercice de l'influence des DSI. Aussi, l'identification de ces facteurs permettait de prendre en considération certains éléments de contexte ayant un impact sur le processus permettant d'exercer de l'influence.

4.4 L'exercice de l'influence : un processus

À la lumière des résultats obtenus à la suite de l'analyse des données des trois cas présentés dans les pages précédentes, un processus décrivant l'exercice de l'influence des DSI a pu être dégagé. Le processus, se déroulant dans un contexte donné, est décortiqué ici en six grandes phases qui sont généralement reproduites par les DSI de façon plus ou moins instinctive. D'abord, un élément déclencheur initie le processus de l'influence. Les DSI déterminent alors un objectif à atteindre et exécutent différentes activités leur permettant de préparer efficacement le dossier. Elles mobilisent ensuite divers types de pouvoirs et utilisent diverses stratégies qu'elles déploient à différents niveaux et en tenant compte des facteurs facilitants et limitants, pour enfin apprécier les résultats obtenus à la suite de l'exercice de leur influence. La figure 7 présente donc ce processus de l'exercice de l'influence, tel que décrit par les DSI de la présente étude et une description de chacune des phases suivra dans les prochaines sections.

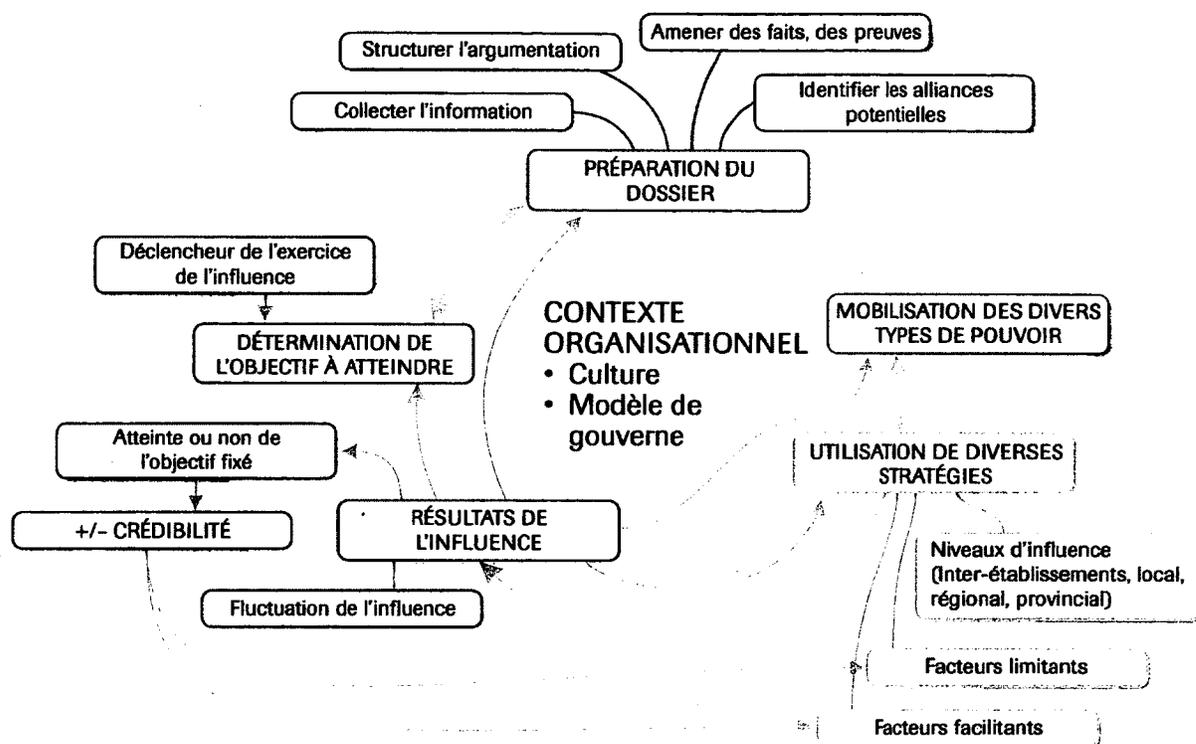


Figure 7. Processus de l'exercice de l'influence des directrices de soins infirmiers au Québec

4.4.1 Contexte organisationnel

Le contexte organisationnel dans lequel évolue chaque DSI se dresse en toile de fond et détermine l'articulation des jeux de pouvoir dans l'établissement. Par ailleurs, la culture du milieu, basée sur les croyances et les valeurs partagées par les gens qui la composent, imprègne pratiquement toutes les sphères de l'organisation. Une DSI désirant exercer de l'influence doit non seulement comprendre cette variable fondamentale d'une organisation, mais aussi identifier les moyens pour ébranler certains aspects culturels pouvant parfois nuire au changement. Tel que mentionné antérieurement, la DSI dans un modèle de gouverne hiérarchique avait d'ailleurs été confrontée à la culture organisationnelle de son milieu lors de son entrée en fonction. Provenant d'un établissement avec une vision et une culture valorisant les échanges et l'ouverture

professionnelle, elle avait eu envie « d'amener cette souplesse » (DSI H) dans son nouveau milieu : « c'est un peu la mission que je m'étais donnée » (DSI H). Il est difficile d'ébranler le bagage culturel d'une organisation, mais il n'en est pas moins possible, comme le mentionnait cette DSI qui a vu, avec « le recul, que des choses ont changé » (DSI H). En effet, les infirmières étaient moins réactives et commençaient à s'impliquer davantage dans les décisions. Ainsi, le contexte organisationnel particulier à chaque établissement, ainsi que la culture qui en découle doivent inévitablement être pris en considération pour exercer de l'influence :

« Moi, je peux avoir une position qui ne ressemble pas toujours à la position des autres DSI. Quand je vais arriver dans mon établissement, je vais retraduire cette position dans ma culture. Je vais m'assurer que ça tient la route avec les directions associées, puis je vais toujours prioriser le point de vue interne. » (DSI C)

De plus, les facteurs organisationnels facilitant et limitant l'exercice de l'influence présenté un peu plus tôt sont également des éléments du contexte qui doivent être considérés par les DSI qui veulent exercer de l'influence. En effet, des facteurs tels la taille de l'organisation et ses composantes, le manque de ressources, la mobilité de main d'œuvre, voire même le modèle de gouverne des soins infirmiers en place sont tous des éléments contextuels qui peuvent avoir un impact sur le processus de l'influence.

4.4.2 Description du processus de l'influence

Indépendamment du contexte organisationnel qui prévalait dans les trois cas, le processus utilisé par les DSI pour exercer de l'influence semblait être le même. D'abord, il était généralement initié par un **déclencheur** qui pouvait provenir d'une situation problématique dans l'organisation ou encore d'un objectif poursuivi par la DSI en lien avec l'évolution des soins. Celles-ci nous ont mentionné plusieurs éléments pouvant les inciter à exercer de l'influence, notamment le manque de ressources et la difficulté à retenir les infirmières dans l'organisation, le temps supplémentaire obligatoire, l'utilisation judicieuse

des compétences infirmières, les besoins de la clientèle, etc. Les DSI se fixaient alors, de façon formelle ou non, un **objectif à atteindre** en lien avec les résultats anticipés.

Elles ont ensuite soulevé l'importance de bien **préparer leur dossier**, mais ont également noté l'ampleur de la tâche au quotidien et la difficulté à accorder tout le temps nécessaire à cette préparation cruciale. L'une d'entre elles l'illustre d'ailleurs en ces termes : « Alors tu n'as pas le temps, tout le temps, de bien étoffer le dossier comme tu le voudrais. Il faut que tu sois vite et que tu arrives à prioriser vraiment tes arguments ou tes actions » (DSI H). La DSI dans un modèle de rôle conseil gérait d'ailleurs ses priorités en se basant sur divers échéanciers, soit ceux imposés par l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) ou par différents comités de l'établissement. Par exemple, lorsqu'elle devait présenter un dossier au conseil d'administration ou au comité de direction, elle préparait une fiche synthèse résumant le dossier afin que tous puissent en prendre connaissance avant la rencontre. Cette fiche d'un maximum de trois ou quatre pages comprenait l'état de la question et le contexte, l'objectif poursuivi par la démarche ainsi que les recommandations en vue d'une résolution (Doc. 4-C ; Doc. 6-C). Pour la DSI dans un modèle de rôle conseil, il était prioritaire de compléter les fiches synthèses pour les paliers supérieurs et ensuite, elle « s'attaquait à tout ce qu'elle était capable de faire » (DSI C).

La **collecte d'information** qui servait de base à la construction de l'argumentation était cruciale pour les DSI rencontrées. Par exemple, dans un dossier de recrutement, la DSI dans un modèle hiérarchique avait recensé plusieurs données, telles les statistiques de l'OIIQ (nombre de nouvelles diplômées, de retraitées, etc.), l'évolution des embauches et retraites dans son établissement, la lourdeur de la clientèle et la complexité des interventions de soins, etc. Toutes ces informations avaient ensuite permis de **structurer son argumentation** en amenant « des faits, pas juste des émotions » (DSI H). De plus, cette dernière a ajouté l'importance que les dossiers soient « étoffés dans un langage que les administrateurs peuvent comprendre » (DSI H) pour arriver à exercer de l'influence efficacement. Deux DSI ont également mentionné utiliser « les résultats probants » (DSI Y) et « les meilleures pratiques » (DSI C) dans la préparation de leurs dossiers. Le temps

restreint pour effectuer cette étape était cependant soulevé par les DSI, vu l'ampleur de la tâche qui leur incombait. La situation semblait plus complexe dans une grande organisation, car l'accès à des statistiques ou des données spécifiques pour chacun des programmes pouvait parfois prendre plus de temps à obtenir que dans un établissement de moins grande envergure. Dans ce contexte de temps souvent restreint, cette préparation pouvait parfois être affectée, voire même escamotée. Cependant les DSI, conscientes de ce fait, soulignaient que l'expérience acquise dans le développement de ces dossiers leur permettait de faire le travail plus efficacement. Par ailleurs, l'organisation de leurs équipes de travail ne prévoyait aucun poste spécifiquement dédié à ces tâches de collecte et d'analyse de données pour supporter la préparation d'un argumentaire solide, bien que les conseillères en soins infirmiers y contribuaient partiellement.

Enfin, dans la phase de préparation du dossier, les DSI pouvaient déjà **identifier des alliances potentielles** en considérant une personne ou un groupe avec lequel il serait avantageux de développer une relation pour faire avancer le dossier. Selon l'une d'elles, « il faut juste analyser et regarder qui sont les joueurs qui vont aller dans le même sens que nous » (DSI H). Ces différentes étapes de préparation du dossier semblaient déterminantes et pouvaient être accomplies seules par la DSI ou en collaboration avec d'autres personnes qui avaient également un intérêt dans le dossier.

Par la suite, les DSI devaient **mobiliser divers types de pouvoir et choisir diverses stratégies** permettant d'exercer de l'influence à la lumière du contexte qui prévalait dans l'établissement. Ces stratégies ont permis aux DSI d'exercer de l'influence à **différents niveaux** (interétablissement, local, régional ou provincial). Les différents **facteurs** personnels et relationnels mentionnés plus tôt pouvaient également avoir un impact sur l'exercice de l'influence des DSI, soit en le facilitant, soit en le contraignant. En effet, la crédibilité d'une DSI, ses qualités personnelles, mais aussi les résistances de son milieu devaient idéalement être identifiées afin d'en tenir compte dans le choix des différentes stratégies déployées. À tout moment, les DSI pouvaient revenir en arrière pour retravailler le dossier ou redéfinir l'objectif afin de s'adapter au contexte qui était souvent changeant et qui pouvait évoluer en cours de route.

Les **résultats** obtenus indiquaient aux DSI si elles avaient réussi à influencer suffisamment pour **atteindre l'objectif** fixé au départ ou qui avait été modifié en cours de route après négociations. Pour toutes sortes de raisons, les résultats obtenus ne correspondaient pas toujours à ce qui était attendu. Comme le disait l'une d'entre elles, « parfois tu as de l'influence, parfois tu n'en a pas » (DSI C) et généralement, « il faut travailler très fort pour y arriver » (DSI H). Lorsque l'objectif désiré n'était pas atteint, les DSI pouvaient reprendre le processus en fixant un nouvel objectif, en retournant chercher de nouvelles informations afin de peaufiner l'argumentation, en mobilisant de nouveaux types de pouvoir ou en choisissant de nouvelles stratégies. À la lumière des résultats obtenus dans cette étude, le succès ou l'échec des DSI dans l'atteinte de leurs objectifs pouvait potentiellement affecter leur **crédibilité**. Une DSI raconte justement l'impact des changements qui ont été apportés dans son organisation qui « n'étaient pas faciles à passer au départ » (DSI H), mais qui, en fin de compte, ont « donné beaucoup de crédibilité à toute la direction des soins infirmiers » (DSI H). En effet, lorsque les DSI atteignaient leurs objectifs et exerçaient efficacement de l'influence, elles gagnaient de la crédibilité et pouvaient s'appuyer sur celle-ci dans leurs activités futures.

Cependant, à certaines occasions, les DSI n'arrivaient pas à exercer une influence suffisante pour atteindre leurs objectifs. Par exemple, dans un dossier de temps supplémentaire obligatoire, une DSI n'avait pas été en mesure de réagir immédiatement lorsque de l'information erronée avait été diffusée par un autre collègue directeur. Un effet de panique et de frustrations, tant pour les gestionnaires concernés que le personnel s'était développé dans l'organisation et elle affirmait : « J'aurais pu aller un peu plus loin, je n'ai pas pu agir aussi rapidement au moment où je l'aurais souhaité » (DSI Y). Une autre DSI racontait le choc de culture qu'elle avait vécu en réalisant le mode de fonctionnement du syndicat de son établissement. En effet, ce dernier réagissait promptement, dès qu'une décision de la DSI soulevait des frustrations chez ses membres. Les pétitions et les griefs s'accumulaient, sans tentative de discussion au préalable. Enfin, bien qu'une DSI avait « envie de dire quelque chose » (DSI C), et qu'elle l'exprimait sans gêne au comité de direction, son message n'était pas toujours retenu. Comme elle le disait si bien : « Je ne peux pas toutes les gagner. Je ne peux pas avoir une influence totale » (DSI C). Le fait de

ne pas réussir à avoir de l'influence dans des dossiers qui étaient importants à leurs yeux semblait plus difficile pour les DSI, bien que la plupart du temps, elles atteignaient majoritairement leurs objectifs. On peut supposer, par ailleurs, qu'une DSI accumulant les échecs et la non atteinte des objectifs fixés pourrait perdre de la crédibilité et aurait possiblement plus de difficulté à exercer de l'influence.

Afin d'illustrer ce processus en contexte, le tableau 9 propose de visualiser une situation vécue par l'une des DSI ayant participé à l'étude en reprenant l'ensemble des six composantes illustrées à la figure 7.

Tableau 9

Illustration du processus de l'influence des DSI

COMPOSANTES	SITUATION VECUE PAR LA DSI DU MODELE HIERARCHIQUE
CONTEXTE ORGANISATIONNEL	La direction des services techniques n'a pas l'habitude de travailler avec les directions cliniques dans la planification des activités pouvant avoir un impact sur la clientèle ou sur les intervenants.
ÉLÉMENT DÉCLENCHEUR	Les services techniques envoient un courriel à la dernière minute informant l'ensemble des gestionnaires de l'établissement qu'il y aura un arrêt d'alimentation électrique de quelques secondes dans l'hôpital le lendemain à 6h.
OBJECTIF À ATTEINDRE	La DSI veut minimiser les risques de cet arrêt électrique pour les patients et le personnel.
PRÉPARATION DU DOSSIER	La DSI s'assure d'identifier des arguments que les services techniques vont comprendre.
TYPES DE POUVOIRS MOBILISÉS	Les pouvoirs de coercition, de relation, d'information et d'expert sont mobilisés par la DSI.
STRATÉGIES UTILISÉES	<p>Pouvoir de coercition : La DSI a mis de la pression en insistant qu'il n'était pas possible de provoquer un arrêt électrique sans qu'il soit planifié au départ, que l'intervention devait être reportée et qu'il fallait agir autrement à l'avenir.</p> <p>Pouvoir de relation : Elle a développé une collaboration avec la direction et l'équipe des services techniques.</p> <p>Pouvoir d'information : Elle a conduit l'équipe technique aux soins intensifs et leur a montré l'impact d'un arrêt électrique, même de quelques secondes : « <i>On est monté aux soins intensifs, on a arrêté l'ordinateur, 4 secondes... Ça lui a pris une minute et demie à rebouter. Je lui ai dit : regarde, je ne vois plus ce qui se passe avec mon patient. Une minute et demie pour un patient qui est aux soins intensifs, c'est long, ça ne marche pas</i> » (DSI H).</p> <p>Pouvoir d'expert : Elle utilise son expertise clinique et propose d'aider les services techniques dans la planification des interventions pouvant avoir un impact sur les soins : « <i>Nous on sait cliniquement c'est quoi l'impact, dites-nous mécaniquement quels seront les impacts, moi, je vais regarder l'impact clinique</i> » (DSI H).</p>
RÉSULTATS DE L'INFLUENCE	La planification des travaux a été réajustée et les interventions des services techniques sont maintenant planifiées en collaboration avec la DSI.

En résumé, l'émergence du processus de l'influence est probablement le résultat le plus inattendu de la présente étude. Bien que ce processus semble, à première vue, similaire pour les trois DSI, leur capacité à exercer de l'influence et à obtenir les résultats désirés est intimement reliée au contexte organisationnel et au modèle de gouverne des soins infirmiers qui prévaut dans l'établissement. En effet, ces éléments semblaient déterminants dans le choix de stratégies utilisées par les DSI pour exercer de l'influence. Tel que mentionné un peu plus tôt, les DSI dans un modèle hiérarchique et hybride utilisaient davantage des stratégies reliées au pouvoir fonctionnel (pouvoir légitime, d'information, de récompense et de coercition), tandis que leur collègue dans un modèle de rôle conseil avait tendance à mobiliser davantage des stratégies reliées au pouvoir personnel (pouvoir de relation, d'expert et de référent). Aussi, les nombreux facteurs personnels, relationnels et organisationnels qui avaient un impact sur les résultats de leur influence méritaient d'être bien identifiés. Les DSI devaient miser sur les facteurs facilitants en les utilisant comme des leviers et avaient avantage à identifier les facteurs limitants afin d'adapter leurs stratégies d'influence en conséquence. Cette étude semble nous indiquer que le degré d'autorité octroyé à une DSI et le contexte dans lequel elle évolue peuvent avoir un impact considérable sur sa facilité, voire même sa capacité à exercer de l'influence. Ainsi, une DSI dans un modèle de rôle conseil doit nécessairement mobiliser son pouvoir personnel, même si elle évolue dans un contexte organisationnel favorable à l'exercice de son influence.

Chapitre 5

Discussion

Dans ce chapitre, l'ensemble des résultats de l'étude est discuté selon quatre grands constats s'étant révélés en regard de la perception de DSI en regard de leur influence dans les établissements de santé au Québec. D'abord, les variances observées selon les différents modèles de gouverne sont traitées. Ensuite, l'émergence du processus de l'influence constitue le second constat abordé. Aussi, la crédibilité de la DSI, qui est un facteur incontournable dans l'exercice de l'influence ainsi que la perception du pouvoir, également un élément à considérer dans cette étude seront les deux derniers constats abordés dans cette discussion. Les forces et les limites de l'étude seront ensuite présentées et enfin, les retombées de l'étude seront examinées, tant pour la pratique des DSI et des gestionnaires des établissements de santé que pour la formation et la recherche.

5.1 L'exercice de l'influence : variance observée dans les différents modèles de gouverne

Bien que les DSI de la présente étude utilisaient un processus similaire pour exercer de l'influence, certaines variations ont tout de même été observées selon les modèles de gouverne des soins infirmiers, notamment en ce qui concerne les types de pouvoirs mobilisés et les stratégies utilisées. D'autres écrits vont dans le même sens et indiquent que le modèle de gouverne des soins infirmiers demeure un facteur clé déterminant la portée de l'utilisation du pouvoir et l'influence des DSI dans une organisation (Hoelzel, 1989; Kanter, 1993).

5.1.1 Modèle de rôle conseil : la prédominance du pouvoir personnel

L'exercice de l'influence de la DSI dans le modèle de rôle conseil revêt certaines particularités à l'effet qu'elle semblait mobiliser plus fortement ses pouvoirs d'expert et de référent que les DSI dans un modèle hiérarchique et hybride. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'on lui reconnaissait cette expertise en soins infirmiers et que l'accent semblait mise sur ce rôle très spécifique dans l'organisation, tandis que les DSI du modèle hiérarchique et hybride étaient davantage monopolisées par la gestion des ressources. En effet, on peut

supposer que l'autorité clinique, clairement définie dans la description de tâches de la DSI dans un modèle de rôle conseil, supportait la mobilisation de son pouvoir d'expert. Aussi, la disponibilité de conseillères cadres dans la majorité des programmes de l'organisation facilitait l'exercice de son influence, particulièrement en ce qui concerne les activités cliniques. On serait porté à croire que plus l'expertise de la DSI est reconnue dans son milieu, plus les infirmières bénéficient de formations et d'outils cliniques favorisant le développement de leurs compétences, contribuant ainsi à rehausser la qualité des soins et des services offerts par l'établissement. La méthode de la présente étude n'a cependant pas permis de vérifier jusqu'à quel point les infirmières sur le terrain bénéficiaient de cette expertise. Cependant, Matthews, Laschinger et Johnstone (2006) ont constaté que la présence sur le terrain et la visibilité des DSI en mode conseil avait un impact positif sur les infirmières soignantes. Leurs résultats suggèrent que les infirmières se sentent mieux informées et ont davantage accès aux opportunités permettant le développement de leurs savoirs et de leurs habiletés. Des recherches ultérieures seraient cependant nécessaires afin de poursuivre l'investigation à ce niveau.

Il est également intéressant de constater que le pouvoir de référent était davantage utilisé chez la DSI dans le modèle de rôle conseil et cette dernière privilégiait une attitude d'ouverture pour être en mesure d'influencer ses collègues. On peut penser que l'ouverture à l'autre suscite généralement la discussion et la négociation, facilitant ainsi la capacité à influencer. Il est en effet possible de croire que cette attitude est profitable dans ce modèle de gouverne puisque la DSI doit nécessairement créer des alliances, travailler en collaboration et développer des partenariats avec l'ensemble des directeurs de l'organisation pour atteindre ses objectifs et réaliser ses nombreux mandats. Les résultats de l'étude suggèrent d'ailleurs que, dans un contexte où la DSI n'avait pas les leviers administratifs pour intervenir sur la gestion de l'ensemble des ressources, la création d'alliances et le travail de collaboration devenaient indispensables pour exercer de l'influence. En effet, la DSI a parfois dû agir en fonction des priorités administratives de gestionnaires qui n'octroyaient pas la même priorité aux enjeux de soins infirmiers. Son pouvoir d'action s'en trouvait affaibli lorsqu'elle n'arrivait pas à convaincre les gestionnaires de la nécessité d'un changement ou d'une réorganisation du travail favorisant

la qualité des soins infirmiers dont elle avait la responsabilité. La capacité de réalisation des nombreux mandats de la DSI évoluant dans ce modèle de gouverne semble donc largement tributaire de l'ouverture et de la disponibilité des gestionnaires qui exercent une autorité directe sur les ressources infirmières. Ces résultats convergent avec ceux de Tracy (2006) qui suggèrent que les DSI dans un modèle de rôle conseil trouvent difficile de gérer les aspects cliniques dans un contexte où des gestionnaires administratifs contrôlent les ressources et qu'ils ne détiennent aucune formation dans la discipline infirmière. La DSI de la présente étude n'a cependant pas soulevé cette difficulté à exercer de l'influence auprès de gestionnaires non infirmiers.

Par ailleurs, les résultats indiquent que la DSI dans le modèle de rôle conseil percevait bénéficier d'un grand soutien de la part de ses collègues de la direction et précisait que ce facteur facilitait grandement l'exercice de son influence dans plusieurs dossiers, ce que Laschinger et Wong (2007) ont aussi observé. Dans cette étude, les DSI dans un modèle de rôle conseil affirmaient se sentir davantage soutenues par l'organisation dans leur exercice professionnel en soins infirmiers en comparaison avec leurs collègues dans un modèle hiérarchique. Il appert donc qu'une DSI détenant un rôle conseil doit non seulement fortement mobiliser son pouvoir personnel pour exercer de l'influence, mais elle doit également bénéficier du soutien de la direction générale et de ces collègues pour atteindre ses objectifs.

Enfin, la DSI dans un modèle de rôle conseil a mentionné l'importance de posséder diverses habiletés politiques, soit des aptitudes à communiquer et à négocier pour exercer efficacement de l'influence, ce qui soutient la vision de Hoelzel (1989) proposant que les DSI dans ce modèle de gouverne doivent être attentives aux opportunités de pouvoir et posséder les habiletés pour saisir ce pouvoir disponible afin d'exercer de l'influence et ainsi atteindre leurs objectifs. On peut présumer que dans une organisation où les opportunités de pouvoir seraient limitées, une DSI dans un rôle conseil aurait beaucoup de difficulté à exercer de l'influence. L'envergure donnée au rôle de DSI dans une organisation prend ici tout son sens. La DSI de l'étude évoluait dans un contexte favorable à l'exercice de son influence non seulement parce que son expertise était largement reconnue et qu'elle

possédait plusieurs qualités personnelles, mais aussi parce que son autorité était clairement officialisée dans l'organisation et qu'elle avait le soutien du directeur général et de la majorité de ses collègues. La portée de son autorité clinique, clairement définie dans sa description de tâche, donnait également appui à l'exercice de son rôle dans les programmes où elle n'avait pas l'autorité hiérarchique. Il y aurait lieu de vérifier si l'affirmation de cette autorité clinique se retrouve dans toutes les organisations de soins au Québec ayant privilégié ce type de modèle de gouverne, puisque cela semble avoir un impact sur la capacité des DSI à exercer de l'influence dans leur milieu.

Bref, ce modèle de gouverne qui est maintenant privilégié dans les organisations de soins au Québec comporte en soi certains avantages, mais aussi quelques défis en regard de l'exercice de l'influence des DSI. En effet, les activités de production de services, souvent énergivores, semblaient plus limitées pour une DSI dans un modèle de rôle conseil en comparaison avec ses collègues des modèles hiérarchique et hybride. Elle pouvait donc concentrer plus aisément ses activités sur la sécurité, la qualité et l'intégration des soins et services dans l'organisation, tout en développant la pratique professionnelle et en s'assurant de la compétence du personnel infirmier en place (OIIQ, 2004). Le grand défi relié à l'intégration d'un rôle conseil transversal réside dans le fait que l'ensemble des gestionnaires de programmes se doit de développer une compréhension commune du rôle de la DSI dans l'organisation. Pour exercer de l'influence et exercer efficacement leur mandat, les DSI dans ce type de modèle doivent constamment travailler en collaboration et être impliquées dans les décisions touchant la planification et l'utilisation des ressources ainsi que la distribution des soins dans tous les programmes. Cela présente un défi supplémentaire si l'on considère la taille considérable des organisations de soins actuelles et le nombre croissant de nouveaux programmes. Dans ce contexte, une DSI évoluant dans un modèle de rôle conseil aurait avantage à détenir une solide expertise ainsi que des habiletés relationnelles de haut niveau pour être en mesure d'influencer.

5.1.2 Modèle hiérarchique et hybride : un pouvoir fonctionnel considérable

Les résultats de la présente étude indiquent que la DSI dans le modèle de gouverne hiérarchique mobilisait, de façon plus soutenue que dans les deux autres modèles, l'ensemble des types de pouvoir pour exercer de l'influence. Ces résultats soutiennent également la vision de Del Bueno et Freund (1986) qui soulignent que plus une gestionnaire se voit confirmer des tâches complexes à effectuer et un haut niveau de responsabilités, plus elle devrait mobiliser ses différents pouvoirs. L'échange d'information sur une base informelle ou le travail en coulisse semblait être plus fortement utilisé par les DSI dans le modèle hiérarchique et hybride. Ce résultat est intéressant et n'a d'ailleurs pas été rapporté dans des études similaires. En effet, l'accès à l'information privilégiée devient souvent un élément de pouvoir non négligeable. La DSI dans un modèle hybride semblait d'ailleurs avoir accès à de l'information qu'elle utilisait par la suite de façon stratégique lorsqu'elle avait à négocier. Ceci va dans le même sens que l'argument proposé par Crozier et Friedberg (1977) qui insistent sur le fait que ce n'est pas tant l'abondance ou la précision de l'information qui donnera du pouvoir à un individu, mais plutôt l'utilisation pertinente de cette information à des fins stratégiques qui permettra d'exercer efficacement de l'influence.

De plus, les résultats de l'étude suggèrent que les DSI dans un modèle hiérarchique et hybride semblaient avoir une certaine influence dans les décisions concernant la gestion des ressources humaines de leurs organisations respectives. Des conclusions similaires ont été rapportées par Laschinger et Wong (2007) qui ajoutent que les DSI dans un modèle hiérarchique seraient davantage impliquées dans les politiques de l'organisation et auraient plus de facilité à exercer de l'influence que leurs collègues dans un modèle de rôle conseil. Contrairement à cette étude, nos résultats n'ont pas permis de démontrer une différence à ce niveau. Pour documenter cet aspect, une présence accrue sur le terrain par des séances d'observation ou l'accès aux procès verbaux du comité de direction aurait permis de documenter l'influence des DSI dans chacun des modèles de gouverne en regard des politiques de l'organisation.

Par ailleurs, bien qu'elles soient préoccupées par la qualité des soins et qu'un certain nombre de dossiers soit en cours à ce niveau, la gestion des ressources prenait une très grande place dans le quotidien de ces DSI. À titre d'exemple, la DSI dans un modèle hiérarchique, responsable de la gestion clinique et administrative de la presque totalité des soins infirmiers de l'organisation, détenait une autonomie complète dans la gestion des ressources. Elle pouvait donc réorganiser ses unités de soins sans avoir à demander d'autorisation lorsque ces changements s'effectuaient dans le cadre du budget qui lui était octroyé. Matthews, Laschinger et Johnstone (2006) vont d'ailleurs dans le même sens et soulignent que les infirmières sur le terrain ont davantage accès aux ressources lorsque l'organisation privilégie un modèle de gouverne hiérarchique. La méthodologie de notre étude n'a cependant pas permis d'évaluer la perception du pouvoir des infirmières soignantes ou des chefs d'unités selon le modèle de gouverne en place, ni les retombées de leurs décisions, puisque nos données sont limitées au point de vue des DSI.

Bref, les constats de la présente étude en regard de l'exercice de l'influence dans différents modèles de gouverne tendent à se rapprocher des résultats obtenus dans d'autres études similaires. En effet, la mobilisation du pouvoir personnel et l'autorité clinique reconnue d'une DSI dans un modèle de rôle conseil contribueraient au développement de l'expertise des infirmières soignantes pourvu que cette DSI soit soutenue par ses collègues directeurs dans l'actualisation de ses mandats. Les DSI dans un modèle hiérarchique et hybride ayant un contrôle direct sur les ressources utiliseraient davantage leur pouvoir fonctionnel et seraient davantage impliquées dans les décisions à ce niveau, ce qui faciliterait l'accès aux ressources pour les infirmières sur le terrain. Cela dit, les DSI doivent assumer les responsabilités que leur confie la loi (*L.S.S.S.S.*, 1991), notamment en ce qui a trait à la qualité et la sécurité de l'exercice infirmier, qu'elles soient ou non responsables de la gestion quotidienne des activités de soins.

5.2 *Émergence du processus de l'influence*

Un aspect original de l'étude est d'avoir permis une première modélisation du processus de l'influence des DSI dans les établissements de santé au Québec. Bien que les DSI n'aient pas été explicitement questionnées sur le processus, le caractère exploratoire de l'étude a permis de décortiquer en détail les différentes composantes menant à l'exercice de l'influence des DSI. Dans la littérature, les représentations du processus de l'influence sont quasi inexistantes. La plupart des auteurs ont proposé des modèles sur le pouvoir organisationnel et ses effets (Kanter, 1993; Ouimet, 2008) ou ont décrit le concept de partage du pouvoir dans le changement (Barrett, 1986; Hawks, 1991). Le processus décrit par les DSI de la présente étude rejoint en partie celui présenté par Ouimet (2008), qui a proposé un processus séquentiel et linéaire de la production du pouvoir et de l'influence. Le processus illustré à la figure 7 s'en distingue cependant par sa circularité et par les renseignements supplémentaires qu'il apporte sur les étapes intermédiaires permettant d'exercer efficacement de l'influence, telle que la préparation du dossier, l'utilisation de stratégies efficaces, etc. Il tient également compte du contexte organisationnel, élément abondamment soulevé dans la littérature comme ayant un impact sur l'exercice de l'influence (Goddard et Laschinger, 1997 ; Kanter, 1993; Upenicks, 2002). Aussi, il est intéressant de constater que les différentes étapes du processus indiquées par les DSI dans le cadre de cette étude rejoignent celles proposées par O'Neill, Boyer et Roch (2011), soit l'identification de l'objectif de l'intervention, l'analyse des arguments, l'identification des acteurs clés ainsi que l'utilisation de stratégies et tactiques de mise en œuvre. L'intégration de l'ensemble de ces composantes dans notre étude apporte donc des éléments supplémentaires permettant d'alimenter la réflexion sur le processus de l'influence des DSI et vient bonifier la synthèse des écrits sur l'influence illustrée à la figure 5. Les grandes composantes du processus de l'influence identifiées par les DSI seront donc discutées dans les sections suivantes.

5.2.1 *Étapes initiales du processus*

Les DSI ont toutes fait allusion à l'importance de fixer l'objectif à atteindre et prendre les moyens pour exercer de l'influence tout en collaborant avec d'autres lorsqu'un but commun est poursuivi. Même si l'objectif n'est pas toujours clairement rédigé, ce dernier semble omniprésent et guide le choix des stratégies qui seront utilisées par les DSI. Ces résultats rejoignent ce qui a également été illustré dans quelques modèles sur le pouvoir (Claus et Bailey, 1977; Hawks, 1991).

La préparation du dossier était fondamentale aux dires des DSI de cette étude qui, pour exercer efficacement de l'influence, devaient étoffer leurs dossiers avec des faits et des preuves, dans un langage que leurs collègues gestionnaires pouvaient comprendre. Des conclusions similaires ont été rapportées par des auteurs qui soulignent que ces éléments sont indispensables pour se positionner dans l'échiquier des jeux de pouvoir (Sullivan et Decker, 2009; O'Neill, Boyer et Rock, 2011). Le fait que deux DSI de l'étude aient mentionné utiliser des résultats probants lors de la préparation de leurs dossiers est également intéressant. Selon Fafard (2008), les données probantes issues de la recherche sont généralement utilisées pour justifier une décision plutôt que pour guider un gestionnaire dans le processus décisionnel. La présente étude n'a malheureusement pas permis de détailler en profondeur le processus décisionnel des DSI basé sur l'utilisation des données de la recherche. Cette question est intéressante puisque quelques auteurs mentionnent que les gestionnaires des organisations de santé utiliseraient peu les données de la recherche lors de la prise de décision et davantage leur expérience professionnelle ou leur intuition (Walshe et Rundall, 2001; Tranmer et al. 1998). Quoi qu'il en soit, il est donc possible de croire qu'une exécution minutieuse et complète de cette étape assurerait un meilleur positionnement pour l'accomplissement des phases subséquentes et augmenterait la capacité d'une DSI à exercer efficacement de l'influence.

5.2.2 Mobilisation des types de pouvoir

Les résultats de la présente étude indiquent que les DSI percevaient exercer de l'influence en mobilisant plusieurs types de pouvoir issus de leur pouvoir fonctionnel et de leur pouvoir personnel. Outre l'accès à l'information et la prise de décision qui relèvent davantage du pouvoir fonctionnel, il n'est pas étonnant de constater que les DSI de la présente étude mobilisaient largement des stratégies relevant de leur pouvoir personnel pour exercer de l'influence. En effet, selon Kanter (1977), la mobilisation du pouvoir fonctionnel dans les organismes du secteur public semble plus ardue, en particulier dans le réseau de la santé. Cette auteure soulève que dans ce milieu, les postes de gestionnaire sont étroitement supervisés et les organisations hiérarchisées, ce qui laisse peu de marge de manœuvre pour exercer de l'influence en mobilisant son pouvoir fonctionnel. Cet argument est renchéri par Papadakis et Barwise (2002) qui soutiennent que les gestionnaires ne peuvent s'appuyer uniquement sur leur position hiérarchique pour exercer de l'influence, mais doivent considérer davantage l'utilisation de partenariat et le travail d'équipe. Comme les DSI dans un modèle de rôle conseil n'ont aucune autorité hiérarchique sur les infirmières, elles doivent inévitablement considérer l'utilisation de ces stratégies, ces dernières étant incontournables pour exercer de l'influence dans ce type de modèle.

5.2.3 Utilisation de stratégies d'influence

Les pouvoirs mobilisés par les DSI dans le cadre de cette étude ont permis de répertorier les différentes stratégies utilisées par les DSI lorsqu'elles exerçaient de l'influence. Les résultats démontrent que la plupart de ces stratégies nécessitaient des habiletés sociales particulières et une facilité à entretenir des relations avec les gens de tous les niveaux, ce qui converge avec la position de Harrison et Roth (1987) qui suggèrent que la création d'alliances et de coalitions est une opportunité d'échange sur les différents enjeux de l'organisation et permet d'identifier des buts communs afin d'influencer la prise de décision. Comme dans les études précédentes, la création d'alliances (Dallaire, 2002; Harrison et Roth, 1987; Mintzberg, 2003; Upenieks, 2002), la présence dans les lieux

d'influence et l'accès à l'information (Harrison et Roth, 1987), ainsi que l'implication dans les décisions de l'organisation (Harrison et Roth, 1987; Kanter, 1993) ont été mentionnés par nos trois DSI. Toutefois, la présente étude semble avoir exploré de façon plus approfondie les diverses stratégies utilisées par les DSI pour exercer de l'influence. En guise d'exemple, soulignons quelques stratégies considérées comme fondamentales par les DSI pour exercer de l'influence, soit l'utilisation de ses connaissances, le travail en coulisse, la création de partenariats, le respect du rythme et la démonstration d'une attitude d'ouverture. En effet, le respect du rythme semblait important en ce sens que l'accompagnement des partenaires dans leur cheminement menant au résultat souhaité par les DSI était une stratégie plus avantageuse que le risque de perdre une alliance en exerçant une pression excessive. De plus, l'utilisation de leurs connaissances cliniques et de gestion permettait le développement de nouvelles approches basées sur les meilleures pratiques, facilitait leur compréhension de divers enjeux cliniques et soutenait l'argumentaire servant à la prise de décisions et à la négociation dans le processus d'influence.

5.2.4 Facteurs qui ont un impact sur l'influence

Différents facteurs ayant un impact sur l'exercice de l'influence ont été soulevés par les participantes de la présente étude. En effet, ces dernières ont noté l'intérêt à maintenir de bonnes relations avec leurs collègues, en particulier le DSP qui agissait comme principale interface avec l'équipe médicale, à l'instar d'autres auteurs mentionnant l'importance de posséder des habiletés à créer des relations tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation et en particulier avec le personnel médical (Kirk, 2008; Upenieks, 2002). Cependant, l'existence de luttes de pouvoir entre les différents membres d'une organisation peut altérer le processus de l'influence. Les résultats de la présente étude suggèrent, pour la DSI dans un modèle hiérarchique, l'existence de ces luttes avec des groupes de médecins qui semblaient avoir un contrôle considérable dans l'organisation, en ce sens que les changements de pratiques initiés par la DSI devaient nécessairement passer par l'appui du corps médical. Ce résultat va dans le même sens que Tracy (2006) soulignant que les DSI font partie d'un groupe marginalisé encore dominé dans certaines organisations par le

pouvoir médical. Les résultats de son étude indiquent que les comportements individuels et les bases du pouvoir médical demeurent inchangés malgré l'instauration de changements favorisant un aplanissement de la structure organisationnelle. Bien que les autres DSI de la présente étude aient peu fait allusion à ce phénomène, elles ont tout de même soulevé que certaines positions du *Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP)* freinaient parfois l'exercice de leur influence. Ce résultat n'étonne aucunement puisque les médecins détiennent un statut privilégié dans le système de santé depuis bon nombre d'années. D'ailleurs, ce statut leur octroie encore aujourd'hui la possibilité de contrôler la pratique des infirmières et des autres groupes de professionnels dans le domaine de la santé (D'Amour, Tremblay et Proulx, 2009).

D'autres facteurs facilitants ont également été soulevés par les DSI dans le cadre de cette étude. Entre autres, notons le fait qu'elles évoluaient toutes dans une fonction de cadre supérieur, relevaient de la direction générale de l'établissement et faisaient partie du comité de direction qui semblait être un lieu d'influence privilégié leur donnant également accès au conseil d'administration de l'établissement. Cette opportunité d'avoir une vue d'ensemble de l'organisation leur permettait également de mieux connaître leurs collègues directeurs et d'avoir un accès privilégié à certaines informations permettant d'influencer les décisions concernant les soins et l'allocation des ressources. Elles disaient aussi participer activement aux discussions menant aux décisions prises par l'établissement, même lorsque les sujets traités ne concernaient pas directement les soins infirmiers. En fait, les DSI de notre étude ont toutes démontré avoir exercé de l'influence à plusieurs niveaux dans leur organisation et ont réussi à réaliser plusieurs changements majeurs. À ce sujet, Carney (2004) argumente que les DSI n'ayant pas un statut de cadre supérieur et disposant d'un accès limité au comité de direction auraient moins d'efficacité dans l'exercice de leur influence. Plusieurs autres auteurs ont obtenu des résultats similaires dans leurs études auprès d'infirmières gestionnaires, ce qui corrobore nos résultats (Goddard et Laschinger, 1997; Hoelzel, 1989; Kanter, 1993; Laschinger et Wong, 2007).

Les résultats de la présente étude diffèrent cependant de Carney (2004) qui mentionne que certaines DSI ont rapporté être parfois exclues des décisions

organisationnelles de leur établissement. D'autres auteurs soutiennent aussi cet argument et ajoutent que la présence des DSI à plusieurs tables de discussion n'implique pas nécessairement que leurs points de vue seront considérés dans les processus décisionnels, notamment lorsqu'il est question de planification stratégique et financière (Carney, 2004; Davies, 2004; Harrison et Roth, 1986; Tracy, 2006). Contrairement à ces résultats, les DSI de cette recherche n'ont pas soulevé cette limite. Afin de vérifier cet aspect, il aurait été intéressant d'observer les interactions entre les DSI et les autres membres du comité de direction ou de tout autre comité. L'observation aurait permis de documenter la dynamique du groupe et l'importance accordée aux propos de la DSI. Nos résultats permettent toutefois de suggérer que les DSI ont une influence certaine en ce qui concerne les soins infirmiers dans leur organisation, puisqu'elles ont initié plusieurs changements, tant au niveau de la gestion des ressources que des pratiques professionnelles.

Les habiletés et qualités personnelles ont été considérablement documentées par les DSI de cette étude comme facteurs facilitant l'exercice de leur influence. Elles ont d'ailleurs peu documenté les facteurs personnels pouvant limiter leur influence. Les DSI croyaient probablement qu'une grande partie de leur capacité à exercer de l'influence provenait de ces habiletés personnelles, d'où leur utilisation appréciable de stratégies issues du pouvoir personnel. D'ailleurs, le simple fait de posséder certaines qualités personnelles conférerait la capacité d'influencer les autres (Judge, Bono, Ilies et Gerhart, 2002). Cependant, d'autres auteurs croient que ces caractéristiques personnelles ne sont pas pour autant les indicateurs exclusifs d'un exercice de l'influence efficace, bien qu'elles n'en soient pas moins importantes (Kanter, 1993; Ouimet, 2008).

Un des résultats les plus évidents de la présente étude est l'importance des éléments ayant un impact sur le contexte entourant l'exercice de l'influence des DSI dans les organisations de soins. Il est certainement pertinent de questionner les effets de la structure organisationnelle et par conséquent, du modèle de gouverne des soins infirmiers privilégié, de la taille de l'organisation et de la valorisation du rôle des DSI sur leur pouvoir et leur capacité à exercer de l'influence. Crozier et Friedberg (1977), ainsi que Kanter (1993) ont d'ailleurs démontré est que les caractéristiques de la structure organisationnelle délimitent

les relations de pouvoir entre les individus qui la composent et définissent ainsi les conditions dans lesquelles ceux-ci peuvent exercer de l'influence. Les résultats de cette recherche indiquent que dans ces structures fusionnées d'envergure, des enjeux liés à la transmission de l'information dans les milieux sont présents. Aussi, les DSI ont mentionné la complexité à exercer de l'influence dans un contexte où il y a plusieurs paliers de gestion dans une direction. En effet, dans une grande organisation, on peut concevoir que le nombre de paliers à franchir avant qu'une directive de la DSI soit appliquée par les infirmières peut être considérable, ce qui est préoccupant pour les DSI devant exercer de l'influence, particulièrement pour une DSI dans un modèle de rôle conseil détenant une autorité fonctionnelle. Toutefois, dans la présente étude, comme les DSI avaient le privilège de participer au comité de direction et de relever du directeur général, l'accès à l'information et leur participation aux décisions stratégiques de l'établissement étaient favorisés. Certains désavantages pour les DSI oeuvrant dans une structure organisationnelle complexe ont été documentés, notamment le manque de fluidité des communications et leur exclusion fréquente des décisions stratégiques de l'organisation (Carney, 2004; Papadakis et Barwise, 2002). La grande taille et la complexité des organisations sont également rapportées comme facteurs contraignants dans quelques autres études, mais on y souligne que si moins de trois paliers de gestion séparent la DSI du directeur général, celle-ci sera davantage impliquée dans les décisions et exercera une plus grande influence (Carney, 2002; Kirk, 2009; Laschinger et Wong, 2007).

L'impact du modèle de gouverne des soins infirmiers sur l'exercice de l'influence des DSI est non négligeable. En effet, tel que mentionné un peu plus tôt, la DSI dans un modèle de gouverne de rôle conseil devra fortement mobiliser son pouvoir personnel et évoluer dans un contexte valorisant son expertise ainsi que la profession infirmière en général pour exercer efficacement de l'influence. À l'inverse, une dévalorisation de son rôle dans l'organisation aurait un impact considérable sur sa capacité à exercer de l'influence et, par conséquent, sur l'actualisation de son mandat tel que prévu par la loi (*L.S.S.*, 1991, c. 42, a.208). En effet, ses obligations de surveillance et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins infirmiers passent nécessairement par un travail de collaboration avec les gestionnaires en autorité hiérarchique sur les infirmières. Sans cette

collaboration, il deviendrait difficile pour une DSI d'assurer la compétence des infirmières en place que la qualité des soins qui sont prodigués. Ceci va dans le même sens que Kirk (2009) et Tracy (2006) qui ont aussi soulevé que le manque de valorisation de la profession infirmière par le directeur général et l'équipe de direction pouvait également avoir un impact sur la capacité des DSI à exercer de l'influence.

Outre ces éléments de contexte, un facteur incontournable vient jouer un rôle fondamental dans la capacité d'une DSI à exercer de l'influence, soit sa crédibilité. La prochaine section discutera donc cet élément important s'étant dégagé de la présente étude.

5.3 La crédibilité de la DSI : un facteur incontournable

Le processus d'influence ayant émergé de cette étude propose un lien important entre la capacité d'une DSI à exercer de l'influence et sa crédibilité. Selon Sullivan et Decker (2009), la crédibilité est fortement associée à l'image qu'une personne projette, la confiance qu'elle inspire et ses habiletés à interagir avec les autres. Les DSI de la présente étude ont noté qu'une attitude posée, à l'écoute, ouverte aux autres et sans confrontation affectait positivement leur influence. Ces résultats soutiennent la vision de Kettl et Fesler (2005) qui proposent que l'ouverture d'esprit semble donner davantage accès à l'information et aurait un impact favorable sur l'influence.

Les résultats de la présente étude indiquent toute l'importance, voire même la nécessité de la crédibilité dans l'exercice de l'influence des DSI. Ce résultat revêt d'ailleurs un intérêt particulier du fait qu'il n'a été abordé dans aucune étude similaire jusqu'à maintenant. Pourtant, Desharnais (2010) considère que l'influence est le gain le plus important que l'on puisse relier à la crédibilité. En effet, on peut présumer qu'une DSI détenant une solide crédibilité dans une organisation a probablement une plus grande capacité à influencer les gens qui l'entourent, peu importe le modèle de gouverne en place. Dans les modèles de rôle conseil et hybride cependant, la crédibilité des DSI est essentielle et doit certainement prendre appui sur leur expertise et leur expérience professionnelle. En effet, ces DSI doivent non seulement posséder de solides connaissances cliniques, mais être

reconnues pour leurs compétences afin d'être en mesure d'accompagner efficacement les autres directeurs dans l'application de changements de pratiques en soins infirmiers. Comme elles ne bénéficient pas de l'autorité hiérarchique dans les programmes, il n'est pas étonnant que la reconnaissance de cette crédibilité clinique puisse avoir un impact considérable sur leur capacité à convaincre les directeurs à appliquer une nouvelle directive clinique ou toute autre recommandation. On peut prétendre que le parcours professionnel des DSI de l'étude ainsi que leurs années d'expérience comme infirmières soignantes et en tant que gestionnaires leur conféraient une certaine crédibilité dans leurs milieux. Desharnais (2010) argumente dans le même sens et souligne que la compétence, l'expertise relationnelle ainsi que les antécédents personnels ou professionnels sont les principaux fondements de la crédibilité. Ces résultats soutiennent également la vision d'Harrison et Roth (1986) ayant noté que les DSI plus expérimentées et plus âgées étaient davantage impliquées dans les décisions organisationnelles et exerçaient plus efficacement de l'influence que les plus jeunes gestionnaires. Il est possible de croire que le jeune âge d'une DSI et son expérience clinique moindre pourraient jouer sur la crédibilité et ainsi freiner l'exercice de son influence. Faute de DSI plus jeunes ou ayant moins d'expérience dans l'échantillon, ces nuances n'ont pu être explorées dans la présente étude.

Un autre résultat intéressant, qui n'a été soulevé dans aucune autre étude, met en évidence un élément supplémentaire à considérer dans l'acquisition de la crédibilité, soit la connaissance du milieu. Cet élément semble indépendant du modèle de gouverne des soins infirmiers en place dans l'organisation. En fait, une DSI dans un modèle hiérarchique et détenant une autorité sur les infirmières pourrait avoir de la difficulté à exercer de l'influence dans un milieu où elle est peu connue et où elle a peu de crédibilité. Dans la présente étude, les DSI ayant déjà fait leur marque dans le milieu avant d'obtenir ce poste d'envergure ne bénéficiaient pas de la même crédibilité que la DSI qui était méconnue avant son arrivée dans l'organisation. Ce qui revient au fait que pour être en mesure d'influencer, les DSI doivent être crédibles et pour être crédibles, elles doivent être connues et surtout reconnues dans l'organisation. Cette crédibilité prend appui sur cette reconnaissance d'un solide leadership de compétence et d'influence proactive permettant aux DSI d'actualiser leur vision des soins et services infirmiers dans leur établissement.

Bien que la crédibilité soit essentielle pour les DSI dans les trois modèles de gouverne, elle apparaît fondamentale dans le modèle de rôle conseil puisque cette dernière mobilise principalement son pouvoir personnel, fortement relié à sa crédibilité, pour exercer de l'influence.

5.4 La perception du pouvoir : qu'en est-il pour les DSI ?

Exercer de l'influence revêt une importance certaine pour les trois DSI rencontrées qui déployaient d'ailleurs plusieurs stratégies et mobilisaient plusieurs types de pouvoir pour y arriver. Cependant, l'influence semblait un concept difficile à définir pour les DSI et n'a pas été abordée sous l'angle du pouvoir en action. En fait, bien qu'il n'y ait pas eu de questions précises sur le concept du pouvoir dans les entretiens, ce terme n'a pas été utilisé dans le discours des DSI, ni dans leur description de l'influence. Il est possible que ce résultat supporte l'argument de Payne (2001) ainsi que celui de Sullivan et Decker (2009) soulignant que les femmes auraient tendance à avoir une image du pouvoir plus négative, puisqu'on y associe encore fortement les concepts d'agression et de domination.

Les résultats de cette présente étude démontrent que les DSI semblaient plus à l'aise avec des stratégies d'influence basées sur le partage du pouvoir. Il est effectivement intéressant de constater que les participantes de l'étude avaient d'ailleurs tendance à utiliser des stratégies davantage axées sur un pouvoir « avec », qui en favorisait le partage, par opposition au pouvoir « sur », davantage axé sur la coercition et la domination. Elles étaient d'ailleurs peu favorables à l'utilisation de stratégies relatives au pouvoir de coercition et étaient effectivement toutes axées sur la collaboration et la création de partenariat pour exercer de l'influence ce qui converge avec les dires de Payne (2001) qui suggère que les femmes utiliseraient davantage les stratégies relationnelles lorsqu'elles ont à exercer de l'influence. Ces résultats soutiennent également la vision de Joyce (2010) soulevant que les leaders ayant du pouvoir dans une organisation ont tendance à déléguer et à reconnaître

l'expertise de leurs collègues et de leurs employés. Ce partage du pouvoir avec d'autres leaders aurait plutôt tendance à rehausser plutôt que décroître leur propre pouvoir.

En poursuivant cette réflexion sur l'aisance des femmes en général face au pouvoir, il est intéressant de constater que les DSI n'ont pas mentionné que le fait d'être une femme pouvait limiter leur capacité à exercer de l'influence. Les DSI de l'étude, en particulier la DSI dans un modèle de rôle conseil ont également fortement mobilisé leurs pouvoirs d'expert, de référent et de relation pour exercer de l'influence. Ce résultat diffère cependant de Getty et Erchul (2009) qui ont constaté que les hommes ont tendance à utiliser des stratégies axées vers le pouvoir d'expert, tandis que les femmes préfèrent mobiliser le pouvoir de référent et utiliser leur charisme et leurs qualités personnelles pour exercer de l'influence. Les travaux de Carli (1999) allaient également dans le même sens. Le pouvoir de référent implique le maintien de bonnes relations avec les autres, ce qui est congruent avec le rôle social attendu chez une femme. Il n'est donc pas étonnant que le pouvoir de référent soit l'une des sources de pouvoir les plus utilisées par les femmes en général. Les DSI ne font pas exception à la règle et ce pouvoir a été fortement mobilisé. Cependant, la forte mobilisation du pouvoir d'expert des DSI peut également s'expliquer par la nature même de leur rôle et cette reconnaissance de leurs compétences dans l'organisation. La présence de DSI masculin dans l'échantillon aurait pu apporter un éclairage différent sur l'effet du genre dans l'exercice de l'influence des DSI. Toutefois, les études de la sociologue américaine Kanter (1977) ont illustré que le genre avait peu d'effet sur la capacité d'un gestionnaire à exercer du pouvoir dans les organisations du réseau de la santé.

Dans l'ensemble, on retient que les différentes étapes réalisées par les DSI lorsqu'elles exercent de l'influence ont permis d'illustrer un processus. Le processus de l'influence des DSI permet d'amorcer un questionnement sur l'importance d'atteindre les objectifs fixés pour conserver, voire même augmenter leur crédibilité dans l'organisation. Certaines pistes intéressantes pour la poursuite de la réflexion sur l'exercice de l'influence des DSI sont ressorties des constats énoncés précédemment, notamment en ce qui concerne les nuances observables dans chacun des modèles de gouverne et l'importance de la

crédibilité des DSI dans leur organisation. Il reste maintenant à préciser les forces et limites de cette étude ainsi que ses retombées, ce dont traite la section suivante.

5.5 Forces et limites de l'étude

D'entrée de jeu, il est important de mentionner que les résultats de l'étude ont permis d'atteindre les objectifs fixés au départ. Cette étude représente un premier pas visant à documenter les perceptions des DSI en regard de leur influence dans les organisations de soins au Québec. Différentes mesures ont été utilisées tout au long de l'étude pour assurer la rigueur méthodologique du processus de recherche relié à une étude de cas et sont présentées selon les critères de scientificité dérivés des travaux de Laperrière (1997) et de Stake (1995), soit la crédibilité, la généralisation théorique ou la transférabilité et la fiabilité.

La crédibilité de l'étude est assurée par les deux entrevues en profondeur ayant permis de comprendre le sens et l'expérience des participantes de l'étude en regard de l'utilisation du pouvoir et de leur influence. L'information détaillée et la triangulation des données ont suscité une riche description du contexte dans lequel évoluaient les DSI, ce qui est particulièrement important dans le cadre d'une étude de cas. Aussi, l'analyse rigoureuse et la validation de la première analyse avec les DSI ont permis d'échanger sur les *a priori* et d'éviter les biais possibles d'interprétation et de perceptions en se concentrant sur le point de vue des participantes. Enfin, le recours à deux autres analystes a permis d'optimiser la précision et la cohérence de la codification. Par ailleurs, une limite à la crédibilité est le fait que les DSI ayant démontré leur intérêt à participer à l'étude pouvaient avoir une réalité différente de celles n'ayant pas été sélectionnées, ce qui a pu influencer les résultats. Étant donné le caractère sensible du sujet à l'étude, une retenue des participantes à l'égard de certains éléments qui ont été abordés est possible. Un biais de sélection est à souligner dans le contexte où l'étudiante chercheuse connaissait professionnellement l'une des candidates. Enfin, les biais d'attribution sont également probables puisque nous avons constaté que les DSI ont peu documenté les facteurs personnels pouvant limiter l'exercice de leur influence. En revanche, elles ont abondamment discuté des facteurs limitant leur influence au plan

organisationnels. En effet la théorie de l'attribution explique que « les individus ont tendance à attribuer leurs propres succès à des facteurs internes tels leurs aptitudes ou leurs efforts et à justifier en revanche leurs échecs par des facteurs externes comme la malchance ou l'inefficacité de leurs collègues » (Robbins et Judge, 2006, p.159).

L'objectif de l'étude de cas est de permettre la généralisation théorique (Stake, 1995). Ainsi, dans l'exposition des résultats, une description riche et détaillée de trois modèles de gouverne différents a permis d'enrichir la compréhension de l'exercice de l'influence. Une attention particulière a été portée à la description du contexte organisationnel de chacun des cas ainsi que des pratiques des DSI en regard de l'exercice de leur influence lors de l'analyse intra-cas. Cette analyse en profondeur pour les trois cas a également permis de relever les similitudes et les nuances observées entre les cas. Bien qu'une certaine transférabilité des résultats dans des contextes et cas semblables pourrait être possible puisqu'une compréhension en profondeur des cas a permis de cerner l'essentiel du superflu, elle est tout de même restreinte. En effet, le fait de n'avoir qu'une DSI pour chacun des cas limite l'exploration des nuances ou des variations possibles de l'exercice de l'influence pour chacun des cas étudiés, surtout lorsqu'on considère le fait que les facteurs personnels (qualités et habiletés) et le contexte qui les entoure ont une grande importance. De plus, l'étude ne comportait aucun participant jeune ou avec peu d'expérience, ni de participants masculin, ce qui aurait peut-être apporté une idée plus précise de l'étendue et des nuances de l'exercice de l'influence dans chacun des cas.

Il est possible de prétendre une certaine fiabilité à l'étude puisque la documentation et l'explicitation des différentes phases de l'analyse, appuyées par des extraits pertinents provenant des deux entrevues menées auprès de chaque participante, ont permis la validation du processus par les deux directeurs de recherche. Enfin, une limite reliée à la fiabilité est que le temps sur le terrain fut assez bref. En effet, l'observation aurait pu alimenter une description plus étoffée en rendant compte des stratégies utilisées et des facteurs ayant un impact sur l'exercice de l'influence des DSI dans chacun de ces modèles de gouverne.

5.6 *Retombées de l'étude*

Cette étude a permis d'amorcer une réflexion sur l'exercice de l'influence des DSI dans trois types de modèle de gouverne des soins infirmiers au Québec et les retombées sont de divers ordres. D'abord, l'étude a permis de faire connaître la perception des DSI et l'importance de leur influence dans les organisations à partir de résultats probants découlant d'une démarche rigoureuse. Les résultats soutiennent que les DSI mobilisent plus fortement certains types de pouvoir pour exercer de l'influence selon le modèle de gouverne en vigueur dans l'établissement. Ces particularités, bien identifiées pour chacun des trois contextes, contribueront à soutenir les DSI dans leur pratique en les outillant pour mieux comprendre l'exercice de leur influence et en offrant de l'information sur les façons de faire. Aussi, ils renseigneront les milieux cliniques, ainsi que les DSI elles-mêmes sur diverses réalités associées à la gouverne des soins infirmiers et sur les conditions favorisant l'exercice de leur influence. Cette connaissance des différents éléments permettant d'exercer de l'influence dans différents contextes offrira aux DSI la possibilité de mobiliser plus efficacement leur pouvoir dans les organisations. Cette étude présente également un intérêt pour la dotation des postes de DSI. En effet, les comités de direction et de sélection devraient porter une attention particulière à l'importance des caractéristiques reliées au pouvoir personnel (relation, expert, référent) dans l'exercice du rôle de DSI évoluant dans un modèle de rôle conseil avant de confier cette responsabilité à un ou une candidate.

De plus, quelques retombées pour la formation infirmière sont proposées, notamment en ce qui concerne le développement des connaissances des jeunes infirmières sur les composantes du processus de l'influence ainsi que les diverses stratégies pouvant être mobilisées pour exercer de l'influence.

Enfin, cette étude a permis de générer des connaissances, de porter un regard empirique sur ce sujet peu documenté à ce jour et présente quelques retombées pour la recherche. D'abord, la modélisation du processus de l'influence des DSI est prometteuse et d'éventuelles recherches pourraient permettre son développement et son raffinement en

plus de tester sa robustesse. Cette étude trace donc la voie pour des recherches ultérieures qui pourraient permettre la poursuite du développement d'un modèle illustrant l'exercice de l'influence des DSI au Québec. À titre d'exemple, l'exploration de la perception de l'entourage des DSI quant aux stratégies déployées et à leur efficacité porterait un regard critique, mais permettrait certainement d'enrichir ce modèle émergent du processus d'influence. Enfin, d'autres études s'imposent pour mieux comprendre l'effet de l'influence des DSI sur les infirmières et également sur la qualité des soins offerts à la clientèle.

Conclusion

En conclusion, rappelons qu'en 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux entamait une importante réforme du réseau de la santé, entraînant du même coup, une révision du modèle de gouverne des soins infirmiers dans les organisations de soins au Québec. Les modèles de gouverne de rôle conseil ou hybride sont depuis privilégiés, bien que le modèle hiérarchique soit encore présent dans quelques établissements. Le rôle des DSI dans les organisations de santé est fondamental puisque les DSI sont responsables de la planification, de la coordination et de l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins prodigués par un nombre important de ressources oeuvrant dans les différents milieux. Le contexte actuel laisse également poindre différents enjeux auxquels les DSI sont et seront confrontées dans l'avenir : vieillissement de la population dans un contexte de pénurie de ressources, intégration des nouvelles technologies de pointe, optimisation du travail tout en tenant compte des impacts sur la qualité des soins, etc. Or, dans ces structures organisationnelles complexes valorisant une approche populationnelle, les DSI jouant un rôle majoritairement conseil, doivent plus que jamais exercer de l'influence pour faire la promotion de l'amélioration continue de la qualité des soins et d'assurer les changements de pratiques. Elles doivent donc ajuster leurs stratégies afin d'exercer de l'influence sur les décisions prises concernant les services infirmiers pour le bien-être des patients, en collaboration avec les autres gestionnaires. Pour exercer cette influence, les DSI doivent bénéficier d'un pouvoir fonctionnel et personnel considérable. En effet, elles doivent non seulement être en mesure de créer aisément des relations et des partenariats, utiliser efficacement leurs connaissances cliniques et de gestion, mais surtout être considérées par leur supérieur et leurs collègues comme une ressource indispensable aux processus décisionnels et à la définition des grandes orientations stratégiques de l'établissement.

Comme nous l'avons constaté, deux éléments majeurs ont un impact sur l'exercice de l'influence, soit la crédibilité de la DSI, basée sur sa capacité à mobiliser son pouvoir personnel dans son contexte organisationnel, ainsi que le modèle de gouverne des soins infirmiers en place. On peut donc se questionner si les DSI dans le modèle de gouverne de rôle conseil ont tous les leviers nécessaires pour exercer efficacement leur rôle de vigie sur la qualité des soins et des pratiques. En occurrence, une DSI évoluant dans un modèle de rôle conseil et ne bénéficiant pas d'autorité hiérarchique sur les ressources doit avoir un

statut et une autorité clairement établis afin d'être en mesure de mobiliser l'ensemble des types de pouvoir dont elle dispose pour assumer les responsabilités qui lui sont dévolues. Il semble primordial que l'étendue et l'importance du rôle des DSI soient reconnues dans l'organisation, et que ce rôle demeure stratégique et visible pour tous ceux concernés par la planification et l'organisation des services de soins infirmiers, peu importe le modèle de gouverne en vigueur dans l'établissement. Les organisations de soins ont donc probablement intérêt à conserver un rôle d'envergure pour le poste de DSI afin d'attirer des candidates d'expériences ayant un leadership menant à un fort potentiel d'influence. Souhaitons que les résultats de cette étude, faisant état des perceptions des DSI en regard à leur capacité à exercer de l'influence dans différents contextes, permettront de poursuivre une réflexion sur l'importance et la latitude accordée aux jeux de pouvoir et à l'influence entre les différents acteurs évoluant dans le système de santé québécois.

Liste des publications

- Ayerbe, C., & Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas : Principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*, 10(2), 37-62.
- Ashley, J.A. (1973). About power in nursing. *Nursing Outlook*, 21, 637-641.
- Barrett, E.A.M. (1989). A nursing theory of power for nursing practice: Derivation from Rogers' paradigm. Dans Riehl, J. (Éds), *Conceptual models for nursing practice* (pp. 207-217). Norwalk : Appleton & Lange.
- Bass, B.M., & Avolio, B.J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert, l'excellence en soins infirmiers*. Paris : InterÉditions.
- Bergeron, P. G. (2001). *La gestion dynamique : concepts, méthodes et applications*. Boucherville : Gaétan Morin Éditeur.
- Bilodeau, A., Lapierre, S., & Marchand, Y. (2003). *Le partenariat, comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal : Direction de la santé publique.
- Carli, L.L. (1999). Gender, interpersonal power and social influence. *Journal of Social Issues*, 55(1), 81-99.
- Carney, M. (2004). Middle manager involvement in strategy development in not-for profit organizations : the director of nursing perspective – how organizational structure impacts on the rôle, *Journal of Nursing Management*, 12, 13-21.
- Claus, K.E., & Bailey, J.T. (1977). *Power and influence in health care : A new approach to leadership*. St-Louis : Mosby.
- Clifford, D. (1998). *Social assessment theory and practice : A multi-disciplinary framework*. Londre : Ashgate Publishing Limited.
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry & research design, choosing among five approaches, 2^e édition*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.
- Dahl, R. (1957). The concept of power. *Behavioral Science*, 2(July), 201-215.
- Dallaire, C. (2002). Le sens politique en soins infirmiers. Dans Goulet, O., & Dallaire, C. (Éds), *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives* (pp.199-221). Montréal : Gaétan Morin éditeur.

- Dallaire, C. (2008). L'action politique : une stratégie pour l'engagement professionnel. Dans Dallaire, C. (Éds), *Le savoir infirmier au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 455-480). Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc.
- D'Amour, D., Tremblay, D. et Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.
- Davies, C. (2004). Political leadership and the politics of nursing. *Journal of nursing management*, 12, 235-241.
- Del Bueno, D. J., & Freund, C.M. (1986). *Power & Politics in nursing administration: A casebook*. Owings Mills : National Health Pub.
- Denis, J.L. (2002). *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada, étude N°36*, Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Desharnais, R. (2010). *Tout est une question de crédibilité*. Québec : Les Éditeurs Réunis.
- Erickson, J.I., Jones, D.E., & Ditomassi, M. (2003). Measuring the impact of collaborative governance : beyond empowerment. *Journal of nursing administration*, 33(10), 497.
- Fafard, P. (2008). *Données probantes et politiques publiques favorables à la santé: pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique*. Ottawa : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- Flick U. (2004). Design and Process in Qualitative Research, Dans Flick, U. Von Kardorff, E., & Steinke, I. (Éds), *A Companion to Qualitative Research* (pp. 146-152). Londre : Sage Publications.
- French, J.R.P. Jr., & Raven, B. (1959). The bases of social power, Dans Cartwright, D. (Éds), *Studies in Social Power* (pp. 150-167). Ann Arbor : Institute for Social Research.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers, a study of the instutionalization of formal knowledge*. Chicago : The University of Chicago Press.
- Gardner, J.W. (1990). *On leadership*. New York : The Free Press.
- Getty, K.C., & Erchul, W.P. (2009). The influence of gender on the likelihood of using soft social power strategies in school consultation. *Psychology in the Schools*, 46(5), 447-458.
- Goddard, M.B., & Laschinger, H.K.S. (1997). Nurse managers' perceptions of power and opportunity. *Canadian Journal of Nursing Administration*, may-june, 40-66.
- Grossman, S.C., & Valiga, T.M. (2009). *The new leadership challenge, creating the future of nursing*, Philadelphie : F.A. Davis Company.

- Harrison, J.K., & Roth, P.A. (1987). Empowering nursing in multihospital systems. *Nursing Economics*, 5(2), 70-76.
- Hawks, J.H. (1991). Power : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, (16). 754-762.
- Hersey P., Blanchard K.H., & Natemeyer W. E. (1979). Situational leadership, perception, and the impact of power. *Group & Organization Studies*, 4(4). 418-428.
- Hoelzel, C.B. (1989). Using structural power sources to increase influence. *Journal of nursing management*, 19(11), 10-14.
- Huyghe, F.B. (2005). L'influence ou le pouvoir des signes. *Agir*, 14, 1-9.
- Institut de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (2005). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa : Secrétariat interagence en éthique de la recherche.
- Joyce, P. (2010). Leading and leadership: reflections on a case study. *Journal of Nursing Management*. 18(4), 418-424.
- Judge, T.A., Bono, J.E., Ilies, R., & Gerhardt, M.W. (2002). Personality and leadership: A qualitative and quantitative review. *Journal of Applied Psychology*, 87, 765-780.
- Kanter, R.M. (1993). *Men and women of the corporation*, 2e edition, New York : Basic Books.
- Kanter, R.M. (1977). *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books.
- Kelly, P. (2009). *Nursing leadership & management*. Clifton Park : Delmar.
- Kettl, D.F., & Fesler, J.W. (2005). *The politics of the administrative process*. Washington, D.C. : CQ Press.
- Kirk, H. (2009). Factors identified by nurse executive directors as important to their success. *Journal of Nursing Management*, 17, 956-964.
- Kirk, H. (2008). Nurse executive director effectiveness : a systematic review of the littérature. *Journal of Nursing Management*, 16, 374-381.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (Éds) *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-388). Montréal : Gaëtan Morin.

- Laschinger, H., & Wong, C. (2007). *A profile of the structure and impact of nursing management in Canadian hospitals*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé [Loi 90], L.Q. 2002, c. 33.*
- Loi sur les services de santé et les services sociaux [L.S.S.S.S], L.R.Q., c. S-4.2.*
- Maas, M. (1988). A model of organizational power : Analysis and significance to nursing. *Research in nursing and health*, 11, 153-163.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2009). *Leadership rôles and management functions in nursing, theory and application*. Philadelphie : Lippincott, William & Wilkins.
- Matthews, S., Laschinger, H., & Johnstone, L. (2006). Staff nurse autonomisation in line and staff organizationnal structures for chief nurse executives, *Journal of Nursing Administration*, 36(11), 526-533.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris : De Boeck.
- Mintzberg, H. (2003). *Le pouvoir dans les organisations*. Montréal : Éditions d'Organisation.
- Muchielli, A. (2009). *L'art d'influencer*. Paris : Armand Colin.
- OIIQ, (2001). *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec*. Montréal : OIIQ.
- OIIQ, (2004). *La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés, une contribution essentielle à la réussite du projet clinique*. Montréal : OIIQ.
- OIIQ, (2010). *Rapport statistique sur l'exercice infirmier 2009-2010*. Montréal : OIIQ
- O'Neill, M., Rock, G., & Boyer, M. (2011). *Petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé*. Québec : Les Presse de l'Université Laval.
- Ouimet, G. (2008). *Psychologie du pouvoir organisationnel*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Papadakis, V.M., & Barwise, P. (2002). How much do CEOs and top managers matter in strategic decision-making ? *British Academy of Management*, 13, 83-95.

- Parsons, T. (1963). On the concept of influence. *Public opinion quarterly*, 27, 37-62.
- Payne, R. (2001). Measuring emotions at work. Dans Payne, R.L., & Cooper, C. (Éds), *Emotions at work* (pp. 85-106). Chichester: Wiley.
- Pfeffer, J. (1981). *Power in organizations*. Marshfield : Pitman Publication.
- Robbins, S. & Judge, T. (2006). *Comportements organisationnels*. Paris : Pearson Education France.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans Gauthier, B. (Éds), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (pp. 293-316). Ste-Foy : P.U.Q.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks : Sage publication.
- Stuart, G.W. (1985). Nursing participation in hospital decision-making. Unpublished doctoral dissertation, University of Connecticut. Dans Johnson, P.T. (1989). Normative power of chief executive nurses. *Journal of nursing scholarship*, 21(3), 162-166.
- Sullivan, E.J., & Decker, P.J. (2009). *Effective Leadership and management in nursing*. Upper Saddle River : Prentice Hall.
- Thorman, K.E. (2004). Nursing leadership in the boardroom, *JOGNN*, 33, 381-387.
- Tracy, C. (2006). The glass ceiling in Irish healthcare : a nursing perspective. *Journal of Health Organization and Management*, 20(6), 502-511.
- Tranmer, J.E., Squires, S., Brazil, K., Gerlach, J., Johnson, J., Muisinier, D., ... Wilson, R. (1998). Les facteurs qui influent sur la prise de décisions fondées sur les données probantes. Dans Forum national sur la santé (Éds), *La prise de décision, données probantes et information* (pp. 20-88). Ste-Foy : Éditions MultiMonde.
- Upeniaks, V.V. (2002). What constitute successful nurse leadership ? A qualitative approach utilizing Kanter's theory of organizational behavior, *Journal of nursing management*, 32(12), 622-632.
- Walche, K. & Rundall, T.G. (2001). Evidence-based management: From theory to practice in health care. *The Milkbank Quarterly*, 79(3), 429-457.
- Weber, M. (1947). *The theory of social and economic organization*. New York : The Free Press and the Falcon's Bring Press.
- Wells, J.S.G. (1999). The growth of managerialism and its impact on nursing and the NHS. Dans Norman I.J., & Cowley, S. (Éds), *The Changing Nature of Nursing in a Managerial Age* (pp. 57-81). Oxford : Blackwell Science.

Annexe 1

Lettre de présentation, résumé de l'étude et formulaire d'autorisation

Montréal, le 15 octobre 2010

Nom
Adresse

Objet : Participation au projet de recherche : « Étude exploratoire de l'influence des directrices de soins infirmiers (DSI) au Québec »

Madame, Monsieur

Je suis étudiante inscrite au programme de maîtrise en sciences cliniques (sciences infirmières) à l'Université de Sherbrooke et suis présentement à l'étape de réalisation de mon projet de recherche sous la co-direction de monsieur Luc Mathieu, D.B.A. et de madame Frances Gallagher, Ph.D. La présente vient solliciter votre collaboration dans le cadre de mon projet de recherche dont le but est de comprendre la réalité des DSI dans les structures de gouverne des soins infirmiers en regard de l'influence qu'elles exercent. Le premier objectif de recherche est de décrire le contexte dans lequel évoluent les DSI depuis les changements de modèles de gouverne. Ensuite, un deuxième objectif permettra de décrire les manifestations de l'influence qu'exercent les DSI dans leur milieu. Enfin, un troisième objectif permettra d'identifier les facteurs facilitant et contraignant l'exercice de l'influence des DSI.

Comme vous avez manifesté un intérêt à collaborer à la réalisation de ce projet de recherche lors d'un précédent contact téléphonique, la présente vient confirmer les activités prévues, soit :

- Une rencontre d'environ 60 à 90 minutes avec vous, sous forme d'entrevue semi-dirigée à l'heure et au lieu qui vous conviendra;
- Une consultation de divers documents tels le plan de l'organisation, la description de fonction de votre rôle, ainsi que des correspondances écrites telles des notes de service générales, des avis, des procédures ou protocoles, des comptes rendus de réunions ou tout autre document faisant état de l'exercice de votre influence dans l'organisation afin de procéder à une analyse documentaire. Vous pourrez préalablement identifier ces documents et les remettre à l'étudiante chercheuse lors de la première entrevue. Bien entendu, tous les documents confidentiels se rapportant aux employés de votre établissement sont exclus de cette recherche documentaire.
- Une deuxième rencontre avec vous d'une durée de 30 à 60 minutes sera organisée, environ un mois après la première rencontre afin de valider l'analyse de la première

CÉR chez l'humain du CHUS
APPROUVÉ : 12 oct. 2010

entrevue et y apporter certaines précisions en plus de faire un retour sur l'analyse documentaire.

- La publication des résultats de recherche afin de produire un mémoire de recherche dans le cadre du programme de maîtrise, ainsi qu'un article scientifique pour publication et des présentations dans le cadre de colloques ou congrès scientifiques ou professionnels;

Et ceci, afin que les résultats de l'étude puissent aider les DSI, les gestionnaires des établissements de santé et les décideurs politiques à optimiser l'utilisation du pouvoir et l'exercice de l'influence des DSI dans les organisations de santé.

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

Enfin, veuillez prendre note que nous avons obtenu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS et de l'Université de Sherbrooke ainsi que du comité d'éthique de votre établissement. La confidentialité et l'anonymat seront donc respectés selon les règles en vigueur.

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

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

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

Isabelle Thibault, Inf. B. Sc.
Étudiante chercheure

L'exercice de l'influence des directrices de soins au Québec Une étude exploratoire

Les directrices de soins infirmiers (DSI) doivent être en mesure d'exercer de l'influence dans les établissements de santé afin d'accomplir le plus efficacement possible leur mandat et atteindre leurs objectifs. En 2005, la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) a entraîné une révision des modes de gestion ainsi que l'élargissement des pratiques de gestion par programme à plusieurs établissements du réseau de la santé au Québec. Dans ce contexte, les DSI ont vu leur rôle évoluer et se profiler différemment. Nous avons assisté au passage d'un rôle d'autorité hiérarchique à un rôle conseil, dans une majorité des établissements de santé (CSSS, CH, centres hébergement). Depuis l'instauration de ces nouveaux modèles de gouverne des soins infirmiers au Québec, aucune étude n'a encore été réalisée pour examiner comment les DSI exercent de l'influence dans ce nouveau contexte.

But de l'étude

Décrire la perception de DSI, concernant l'exercice de leur influence dans diverses structures de gouverne des soins infirmiers.

Objectifs

- 1) Décrire le contexte dans lequel évoluent les DSI depuis les changements de modèles de gouverne
- 2) Décrire les perceptions de DSI en regard des manifestations de leur influence
- 3) Identifier les perceptions des facteurs facilitant et contraignant l'exercice de l'influence des DSI.

Les activités de recherche

- ✓ Rencontre d'environ 60 à 90 minutes avec la DSI sous forme d'entrevue semi-dirigée;
- ✓ Analyse documentaire effectuée à partir de documents qui seront remis par la DSI;
- ✓ Deuxième rencontre avec la DSI d'une durée de 30 à 60 minutes environ un mois après la première rencontre afin de valider l'analyse de la première entrevue et y apporter certaines précisions.

Retombées de l'étude

Les informations découlant de ce projet de recherche pourraient permettre de générer des connaissances sur l'exercice de l'influence des DSI dans différents contextes de gouverne des soins infirmiers. Les résultats renseigneront également sur diverses réalités associées à la gouverne des soins infirmiers et sur les conditions favorisant l'exercice de l'influence des DSI dans les organisations.

Éthique

Des mesures pour préserver la confidentialité et conserver l'anonymat ont été prises et ce projet de recherche est bien entendu adopté par le comité d'éthique de votre établissement.

**Pour de plus amples informations, veuillez contacter
Les membres de l'équipe de recherche**

Luc Mathieu, Frances Gallagher et Isabelle Thibault
Université de Sherbrooke
819-564-5351

CÉR chez l'humain du CHUS

APPROUVÉ : 12 oct. 2010 DC

**FORMULAIRE D'AUTORISATION
POUR LA RECHERCHE
« ÉTUDE EXPLORATOIRE DE L'INFLUENCE
DES DIRECTRICES DE SOINS INFIRMIERS (DSI) AU QUÉBEC »**

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

(fonction)

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

(nom de l'établissement)

- Assure la collaboration de la DSI de l'établissement dans le processus des entrevues tel que prévu dans la démarche;
- Autorise cette personne à participer, sur une base volontaire, à une première entrevue d'une durée maximale de 90 minutes et une deuxième entrevue de 60 minutes tout au plus et à divulguer sous enregistrement audio à l'étudiante chercheuse, Isabelle Thibault, toute l'information orale et écrite pertinente permettant l'analyse critique de l'exercice de l'influence de la DSI dans l'organisation de santé;
- Consent à ce que l'étudiante chercheuse puisse consulter les documents identifiés conjointement avec la DSI et remis par cette dernière (plan de l'organisation, description de fonction de la DSI, correspondances écrites telles des notes de service générales, des avis, des procédures ou protocoles, des comptes rendus de réunions ou tout autre document jugé pertinent et en lien avec le but de cette recherche. Les documents confidentiels se rapportant aux employés de votre établissement sont exclus de cette recherche documentaire;
- Consent à ce que les co-directeurs de recherche; Luc Mathieu (D.B.A.) et Frances Gallagher (Ph.D.), professeurs à l'École des Sciences Infirmières de la Faculté de Médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke aient accès aux données, en respectant les mesures de confidentialité, afin de guider l'étudiante-chercheuse dans l'analyse critique et ainsi assurer la fidélité des résultats;
- Consent à ce que les résultats obtenus soient utilisés pour réaliser le mémoire, la publication d'un article scientifique et des présentations dans le cadre de colloques ou congrès scientifiques ou professionnels;
- Il est bien entendu qu'aucun nom (établissement et DSI) ne sera utilisé et que l'anonymat sera assuré dans tous les écrits.

Signature : _____

Date : _____

CÉR chez l'humain du CHUS
APPROUVÉ : 12 oct. 2010

Annexe 2

Formulaire de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

Titre du projet:	Étude exploratoire de l'influence des directrices de soins infirmiers au Québec.
Numéro et date du projet	31 août 2010
Chercheuse principale:	Frances Gallagher, Professeure adjointe à l'École des Sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé
Chercheur associé:	Luc Mathieu, Professeur agrégé à l'École des sciences infirmières à la Faculté de médecine et des sciences de la santé

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi, entre 8h et 16h, vous pouvez communiquer avec :
Frances Gallagher
819-564-5354

Les directrices de soins infirmiers (DSI) doivent être en mesure d'exercer de l'influence dans les établissements de santé afin d'accomplir le plus efficacement possible leur mandat et atteindre leurs objectifs. En 2005, la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) a entraîné une révision des modes de gestion ainsi que l'élargissement des pratiques de gestion par programme-clientèle à plusieurs établissements du réseau de la santé au Québec (OIIQ, 2004). Dans ce contexte, les DSI ont vu leur rôle évoluer et se profiler différemment. Nous avons assisté au passage d'un rôle d'autorité hiérarchique à un rôle conseil, dans une majorité des établissements de santé (CSSS, CH, centres hébergement). Depuis l'instauration de ces nouveaux modèles de gouverne des soins infirmiers au Québec, aucune étude n'a encore été réalisée pour examiner comment les DSI exercent de l'influence dans ce nouveau contexte.

Votre participation est donc sollicitée en raison des fonctions de DSI que vous occupez dans votre établissement de santé. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les

CÉR chez l'humain du CHUS
APPROUVÉ : 12 oct. 2010

questions nécessaires à la chercheuse responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

La présente étude a pour but de comprendre la réalité des DSI dans trois structures de gouverne des soins infirmiers (autorité hiérarchique traditionnelle, rôle conseil et modèle hybride qui est une combinaison des deux autres) en regard de l'influence qu'elles exercent auprès de leur supérieur, de leurs collègues gestionnaires, ou encore auprès des infirmières lors de processus décisionnels et opérationnels.

Les trois objectifs de la recherche sont :

- 1) décrire le contexte dans lequel évoluent les DSI depuis les changements de modèles de gouverne,
- 2) décrire les manifestations de l'influence qu'exercent les DSI dans leur milieu,
- 3) identifier les facteurs facilitant et contraignant l'exercice de l'influence des DSI.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Les activités prévues dans le cadre de cette recherche comprennent d'abord une rencontre d'environ 60 à 90 minutes avec vous, sous forme d'entrevue semi-dirigée à l'heure et au lieu qui vous conviendra (possiblement dans votre milieu de travail). Voici les thèmes qui seront abordés lors de l'entrevue : la perception que vous avez de votre rôle, des exemples tirés de votre vécu et illustrant des dossiers où vous avez exercé de l'influence ainsi que les facteurs facilitant et les limites à votre capacité à exercer de l'influence dans votre organisation seront abordés. Aussi, une analyse documentaire sera effectuée à partir de documents tels le plan de l'organisation, la description de fonction de votre rôle, ainsi que des correspondances écrites comme des notes de services générales, des avis, des procédures ou protocoles, des comptes rendus de réunions ou tout autre document faisant état de l'exercice de votre influence dans l'organisation. Bien entendu, tous les documents confidentiels se rapportant aux employés de votre établissement sont exclus de cette recherche documentaire;

Vous pourrez préalablement identifier ces documents et les remettre à l'étudiante chercheuse lors de la première entrevue. Ensuite, une deuxième rencontre avec vous d'une durée de 30 à 60 minutes sera organisée environ un mois après la première rencontre afin de valider l'analyse de la première entrevue et y apporter certaines précisions en plus de faire un retour sur l'analyse documentaire. Enfin, l'étudiante chercheuse vous demandera de remplir un questionnaire sociodémographique.

COLLABORATION DU SUJET DE RECHERCHE

Vous participerez à deux entrevues semi-dirigées qui seront enregistrées. Vous aurez également à remettre des documents pertinents au contexte de votre milieu de travail (organigramme, description de fonction, etc.) ainsi que des documents démontrant votre exercice d'influence (protocole ou procédure implantée, avis au CA ou au comité de

CÉR chez l'humain du CHUS
APPROUVÉ : 12 oct. 2010

direction, recommandations, compte rendu de réunion, etc). Vous aurez également à prendre connaissance de la transcription de votre première entrevue afin de vous préparer pour la deuxième rencontre et compléter les informations qui vous apparaîtront erronées ou absentes.

RISQUES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Un risque de cette recherche est que l'organisation pourrait être reconnue et par conséquent, vous pourriez être identifiée. Cependant, des moyens seront pris pour préserver l'anonymat de l'établissement et de la DSI et assurer la confidentialité. En effet, pour protéger l'identité des établissements sélectionnés ainsi que leur région d'appartenance, un nom fictif ou une lettre de l'alphabet leur seront attribués. Aussi, les entrevues et documents seront affectés d'un code d'identification.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Le principal inconvénient est le temps que vous accorderez lors des entrevues et celui consacré à l'identification et la remise des documents illustrant l'exercice de votre influence.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir. Ce projet pourrait être l'amorce d'une réflexion vous permettant de faire le point sur l'exercice de votre influence dans les décisions de l'organisation. Elle pourrait également vous permettre de reconnaître vos forces et d'identifier vos défis en ce qui concerne l'exercice de l'influence.

Par ailleurs, les informations découlant de ce projet de recherche pourraient permettre de générer des connaissances sur l'exercice d'influence des DSI dans différents contextes de gouverne des soins infirmiers. Les résultats renseigneront les milieux cliniques sur diverses réalités associées à la gouverne des soins infirmiers et sur les conditions favorisant l'exercice de l'influence des DSI dans une organisation. Cette étude tracera la voie pour des recherches ultérieures qui permettraient le développement d'un modèle illustrant l'exercice d'influence des DSI au Québec. Aussi, une description de l'exercice d'influence des DSI permettrait d'étudier l'effet de celui-ci sur les soins infirmiers et sur la qualité des soins.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheure responsable du projet ou à l'étudiante chercheure.

CÉR chez l'humain du CHUS
APPROUVÉ : /2 oct. 2010 DC

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations avec la chercheuse responsable du projet et les autres intervenants.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

CONFIDENTIALITÉ

D'abord, toute l'équipe de recherche, soit l'étudiante et ses deux co-directeurs, signeront un formulaire d'engagement à respecter la confidentialité des données recueillies au cours de cette étude.

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable du projet ainsi que son étudiante chercheuse recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par les lois en vigueur au Québec. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable du projet de manière sécuritaire.

Les données électroniques comprenant les enregistrements effectués lors des entrevues ainsi que les documents papiers de l'étude seront conservés sous clé et détruits cinq ans après la fin de l'étude. L'archivage des données en format électronique se fera dans des fichiers avec un code d'accès et l'accès sera restreint aux seuls membres de l'équipe de recherche.

La chercheuse responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans la lettre d'information et dans le formulaire de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

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

CÉR chez l'humain du CHUS
APPROUVÉ : 12 oct. 2010

COMPENSATION

Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à ce projet de recherche et vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation.

DROITS DU SUJET ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous êtes protégé par les lois en vigueur au Québec. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche vous pouvez communiquer avec la chercheure responsable du projet de recherche.

Responsable : Frances Gallagher
 Adresse : Faculté de médecine et des sciences de la santé 3001, 12^e
 Avenue Nord Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
 Local : Pavillon Gérald-La Salle (Z7)
 Téléphone : de l'extérieur : 819-564-5354
 Télécopieur 819-820-6816

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUS au numéro suivant : 819-346-1110, poste 14525.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

CÉR chez l'humain du CHUS
APPROUVÉ : 12 oct. 2010

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom de la participante
 (lettres moulées)

Signature de la participante

Date

Nom de la personne qui
obtient le consentement
 (lettres moulées)

Signature de la personne qui
obtient le consentement

Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée au sujet de recherche.

Frances Gallagher

Signature de la chercheure

Date

CÉR chez l'humain du CHUS
APPROUVÉ : / 2 oct. 2010

CALENDRIER DES VISITES ET INTERVENTIONS

Visites et interventions	Date
DSI #1	
1 ^{re} Entrevue + analyse documentaire	Octobre 2010
2 ^e Entrevue	Novembre 2010
DSI #2	
1 ^{re} Entrevue + analyse documentaire	Novembre 2010
2 ^e Entrevue	Décembre 2010
DSI #3	
1 ^{re} Entrevue + analyse documentaire	Décembre 2010
2 ^e Entrevue	Janvier 2011

CÉR chez l'humain du CHUS
 APPROUVÉ : 12 oct. 2010

Annexe 3

Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

ENTRETIEN #1

L'accueil :

Obtenir le formulaire de consentement dûment signé.

Rappeler le but de la recherche et répondre aux questions.

Clarifier à nouveau avec la DSI le but de l'entrevue et lui mentionner les principales mesures qui seront prises pour préserver son anonymat et pour assurer la confidentialité.

Revoir avec la DSI l'importance de l'information qu'elle s'apprête à partager et lui en expliquer la valeur. Lui indiquer qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses aux questions.

Expliquer le déroulement de l'entretien : rappeler qu'elle peut poser des questions, qu'elle peut mettre un terme à l'entrevue à tout moment, qu'elle aura un résumé de la transcription de l'entretien dans les jours suivants afin d'assurer la validité des données recueillies.

Rappeler qu'il y aura un questionnaire sur les données sociodémographiques à compléter à la fin de l'entretien.

Les questions d'entrevue :

- Parlez-moi de votre cheminement professionnel ayant conduit à ce poste de DSI que vous occupez maintenant.
- Parlez-moi de votre rôle de DSI dans l'organisation.
- Donnez-moi des exemples de dossiers pour lequel vous avez l'impression d'avoir exercé de l'influence ?
- Parmi les dossiers que vous venez de me nommer, pouvez-vous m'en décrire un plus en détail ? Est-ce que ce dossier vous a amené à produire des documents (notes de service, avis, procédure ou protocole, compte rendu...)?
- Qu'est-ce qui fait que vous avez eu de l'influence dans ce dossier ?
- Pouvez-vous me parler d'un dossier dans lesquels vous êtes impliqué pour lequel vous avez eu moins d'influence que vous l'auriez souhaité?
- Qu'est-ce qui facilite, selon vous, votre capacité à exercer de l'influence dans votre organisation ? Quels sont en fait les facteurs qui favorisent l'exercice de votre influence ?
- Quelles sont les limites à votre influence?
- Si vous aviez à donner votre définition de l'exercice de l'influence, quelle serait-elle?
- Avez-vous autre chose à ajouter que vous n'avez pas eu l'occasion de me parler pendant l'entrevue ?

Questions de clarification (à utiliser au besoin pour approfondir les propos):

- De quelles connaissances voulez-vous parler ?
- Des alliés, lesquels ?
- Pourquoi c'est important pour vous ?
- Qu'est-ce que ça vous a apporté ?
- Qu'est-ce que cela veut dire pour vous ?
- Qui était impliqué ?
- Comment êtes-vous parvenu à ... ?
- Comment avez-vous procédé à ... ?
- Pouvez-vous me préciser ... ?

Fin de l'entrevue :

Remercier la DSI.

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

Récupérer les documents qui serviront à l'analyse documentaire et laisser la DSI les présenter s'il y a lieu.

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

Prévoir une date pour la deuxième entrevue.

ENTRETIEN #2

L'accueil :

Répondre aux questions de la DSI depuis la dernière rencontre.

Préciser le but de ce deuxième entretien.

Présenter la synthèse du premier entretien.

Les questions d'entretien :

- Vous pouvez compléter ou modifier l'information contenue dans la synthèse du premier entretien.
- Lors du premier entretien, vous avez mentionné... Pouvez-vous m'en parler davantage?
- Dans tel document, vous avez écrit... que vouliez-vous dire ?
- Toute autre question pertinente qui découlerait de l'analyse des données.

Fin de l'entretien :

Remercier la DSI.

Répondre à toute question qu'elle pourrait avoir concernant la recherche.

Annexe 4

Questionnaire socio-démographique

Âge : _____

Sexe : _____

Titre d'emploi : _____

Nombre d'années dans la fonction: _____

Formation académique :

- Collégial
 Universitaire (1^{er} cycle) Universitaire (2^e cycle) Universitaire (3^e cycle)
 Autre : _____

POSITION AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

- Cadre supérieur Classe salariale : _____
 Cadre intermédiaire Classe salariale : _____

 Membre d'office au comité de direction : Oui Non

STATUT D'EMPLOI POUR LA FONCTION DE DSI

- Temps complet
 Temps partiel. Nombre d'heures/semaine allouées à la fonction : _____

ÉTENDUES DES RESPONSABILITÉS

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent :

- Gestion de l'ensemble des ressources infirmières de l'organisation
 Gestion de quelques ressources infirmières dans l'organisation
 Lesquelles : _____
 Autre : _____

EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES

Nombre d'années dans la profession : _____

Expérience clinique antérieure (décrire brièvement): _____

Nombre d'années dans une fonction de gestion : _____

Expérience de gestion antérieure (décrire brièvement): _____

Annexe 5

**Approbation éthique du Comité d'éthique et de la recherche en santé
chez l'humain du CHUS et de l'Université de Sherbrooke**

CHUS

Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN SANTÉ CHEZ L'HUMAIN

Le 12 octobre 2010

Dre Frances Gallagher
École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé

OBJET: Projet # 10-149

Étude exploratoire de l'influence des directrices de soins infirmiers (DSI) au Québec.

Dre Gallagher,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke a évalué le protocole de recherche ainsi que les documents afférents à l'étude citée en objet de la lettre. La présente est pour vous informer que le CÉR a approuvé votre projet. À cet effet, veuillez trouver ci-joint le formulaire d'approbation.

Veuillez également trouver ci-joint, s'il y a lieu, le formulaire de consentement approuvé par le CÉR et portant le sceau d'approbation. Vous devez utiliser des photocopies de ce formulaire pour obtenir le consentement des sujets.

Nous avons avisé le directeur scientifique du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel de l'approbation de votre projet. Vous devez **attendre son autorisation avant de le débiter**.

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer mes sentiments distingués.

Marie-Josée April, Ph. D.
Vice-présidente du comité

APPROBATION ET ATTESTATION
Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

MEMBRES DU COMITÉ :

ALLARD, Jacques, MD, médecine de famille (retraité)
APRIL Marie-Josée, Ph.D. rep. en éthique, FMSS, v.-présidente
BOUFFARD, Nicole, représentante scientifique, extérieur
BRISSON, Sophie, avocate, extérieur
BRODEUR, Louise, représentante du public
CHAËLALA, Chiraz, MD, neurochirurgienne, CHUS
CLICHE, Jocelyne, représentante du public
CLOUTIER, Sylvie, pharmacienne, CHUS
CLOUTIER, Yvan, représentant en éthique, extérieur
CÔTÉ, Anne-Marie, MD, néphrologue, CHUS
CYR, Claude, MD, pédiatre, CHUS

GAGNÉ, Ginette, représentante du public
GRÉGOIRE, Nathalie, avocate, extérieur
JETTÉ, Sylvie, Ph.D., infirmière, FMSS
LEBLOND, Julie, pharmacienne, CHUS
MÉNARD, Julie, Ph.D. représentante scientifique, CRC
PINERO-MEDINA, Francisco Jose, MD, psychiatre, CHUS
POIRIER, Marie-Sol, M.Sc (c), représentante en éthique
ROBERGE, Jean-Pierre, représentant du public
ROUSSEAU, Marie-Pierre, pharmacienne, CHUS
SAVARD, Anne-Marie, avocate, extérieur
TÉTRAULT, Jean-Pierre, MD, anesthésiste, CHUS, président

En raison de son implication dans le projet de recherche, la personne suivante, membre du comité d'éthique, n'a pas participé à son évaluation ou à son approbation : S/O

Approbation demandée par: Dre Frances Gallagher

Pour le projet # 10-149

Étude exploratoire de l'influence des directrices de soins infirmiers (DSI) au Québec.

Approbation donnée par la vice-présidence le 12 octobre 2010 pour 12 mois.

- Protocole complet : du 3 septembre 2010
- Formulaire de consentement principal : 12 octobre 2010 v. française
- Autre formulaire de consentement :
- Questionnaire(s) : socio-démographique
- Amendement # : . Date amendement :
- Autre : lettre de participation au projet, feuillet explicatif du projet

Brochure / Monographie reçue pour évaluation:

En ce qui concerne l'essai clinique visé, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques, et
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.

12 octobre 2010

Signé par:

Marie-Josée April, Ph. D.
Vice-présidente du comité

Date de la signature



Des gens de soins et d'excellence

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
Hôpital Fleurimont, 3001, 12^e Avenue Nord, Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Hôtel-Dieu, 580, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : (819) 346-1110

Le 14 octobre 2010

Dre Frances Gallagher
École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé

OBJET: Projet # 10-149
Étude exploratoire de l'influence des directrices de soins infirmiers (DSI) au Québec.

Dre Gallagher ,

Nous aimerions, par la présente, vous aviser que votre protocole de recherche cité en rubrique a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS.

Les conditions requises à la réalisation de ce projet de recherche étant réunies, il nous fait plaisir de vous autoriser à débiter l'étude.

Vous souhaitant tout le succès escompté dans le déroulement de cette étude, je vous prie de croire à l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Serge Marchand, Ph.D.
Directeur scientifique
Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel

/hl

cc:



CENTRE DE RECHERCHE CLINIQUE ÉTIENNE-LE BEL
Hôpital Fleurimont, aile 8, porte 4, pièce 2873
Téléphone : 819-820-6480 • 819-346-110 poste 12873 • Télécopieur : 819-564-5445
crcinformation.chus@ssss.gouv.qc.ca • crc.chus.qc.ca