

MÉLANIE THIVIERGE

**Étude descriptive du *coaching* mobilisateur utilisé par  
des infirmières gestionnaires clinico-administratives de  
l'hébergement**

Mémoire présenté  
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval  
dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières  
pour l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES  
UNIVERSITÉ LAVAL  
QUÉBEC

2011

## RÉSUMÉ

Les infirmières gestionnaires clinico-administratives représentent un pivot important des établissements de santé. Toutefois, leurs conditions d'exercice actuelles se dégradent, la pénurie de personnel de soins et les transformations organisationnelles s'accroissent, ce qui entraîne un écart important entre les rôles attendus et la réalité quotidienne. Les équipes de soins réclament une plus grande présence et un soutien plus constant de leur gestionnaire. Comme possible avenue de mobilisation des équipes de soins, la littérature indique une nouvelle stratégie soit celle du *coaching*. Cette recherche qualitative d'inspiration phénoménologique décrit la stratégie de *coaching* mobilisateur de trois infirmières gestionnaires et deux cadres supérieurs de l'hébergement d'un établissement de santé de Québec. Ces derniers ont participé à des entrevues individuelles semi-dirigées. Les résultats identifient des compétences-clés telles que communiquer efficacement, agir avec *caring* et adopter un mode de gestion participative. S'ajoutent aux résultats, les obstacles, les effets attendus et les attentes des cadres supérieurs.

### Mots clés :

- ⊕ **Infirmière gestionnaire clinico-administrative**
- ⊕ ***Coaching***
- ⊕ ***Leadership* transformationnel infirmier**
- ⊕ **Mobilisation des équipes de soins**
- ⊕ **Soins de longue durée**
- ⊕ **Approche d'inspiration phénoménologique**
- ⊕ ***Caring* organisationnel**

## AVANT-PROPOS

Les études ont toujours été importantes pour moi et ce passage à la maîtrise s'avérait un grand et beau défi personnel. Durant les longues heures de travail de même que durant les hauts et les bas que représentent les études supérieures, ce fut tout un apprentissage tant au niveau académique que personnel. J'ai beaucoup appris sur moi-même, mes forces et mes limites. Évidemment, un tel travail d'envergure ne se réalise pas seule, de nombreuses personnes y ont contribuées. D'abord, mes premiers et sincères remerciements vont à ma directrice de recherche, Madame Chantal Viens pour la qualité de son accompagnement durant ce cheminement. Son soutien incroyable, ses excellents conseils et sa bonne humeur sans faille ont fait de ce projet de maîtrise une expérience marquante dans ma vie et une source d'apprentissage immense, et ce, à plusieurs niveaux. Ce fut une très grande chance et un très grand plaisir d'avoir travaillé ces trois dernières années avec cette femme professeure et chercheuse exceptionnelle.

Ensuite, mes remerciements vont à mes parents qui se sont très longtemps demandés quand j'allais « enfin » arrêter d'étudier. Malgré toute leur incompréhension face à mon intérêt pour les études, ils m'ont toujours soutenu à leur façon et je peux très bien sentir la fierté qu'ils ont de me voir m'accomplir ainsi!

Des sincères remerciements à mes bonnes amies de longue date Vicky, Mylène, Mélissa et Stéphanie pour leur appui et leur compréhension pendant ces longues heures de travail. Des remerciements à ma collègue de maîtrise et très bonne amie Diane, qui représente pour moi une grande source de soutien, de motivation et de réconfort en des moments parfois difficiles. Bien qu'elle n'ait pas su me convaincre pour le moment de poursuivre mes études doctorales, elle continue de garder allumer en moi cet espoir et cette croyance que tout est possible dans la vie! Un grand merci aussi à mes autres collègues de maîtrise Geneviève, Brigitte, Philippe et Michel pour l'appui et les encouragements mutuels durant ce cheminement.

À titre posthume, à mon grand-papa qui a su m'apporter des ondes positives et un soutien continu. Je sais que tu n'es jamais très loin de moi. À mon amie Sophie, décédée tragiquement il y a quelques années et qui avait devant elle un bel avenir et pleins de beaux rêves, dont celui de publier un jour.

Je ne peux passer sous silence la contribution du Centre FERASI pour ses deux belles bourses d'études octroyées. Non seulement cela représente un soutien financier important pour la poursuite d'études supérieures, mais c'est également une source de fierté que d'avoir la chance d'être boursière.

Je tiens aussi à remercier mes anciens collègues de travail du CSSS de Thetford, particulièrement Marthe et l'équipe de l'unité d'oncologie Lucie, Jacynthe, Louise et Gilles pour avoir fait de moi la personne et l'infirmière que je suis, et ce, par l'amour et la passion de leur travail et de la vie ainsi que par leur grand dévouement. Ce fut de belles années et un bel apprentissage pour moi que de les avoir côtoyés.

Je remercie le CSSS des Basques pour m'avoir donné énergie et motivation afin de rendre à terme ce projet. Je les remercie grandement pour les heures de libération accordées afin de me permettre de terminer la rédaction et les corrections.

Mes remerciements s'adressent également à mes lecteurs, membres du jury, de prendre le temps d'évaluer ce mémoire. Finalement, et non le moindre, je tiens à remercier grandement les cinq participants de cette recherche pour m'avoir accordé de leur temps si précieux. Ce fut énormément apprécié! Merci!

*À Chantal, pour ton soutien et tes conseils*  
*À ma petite Emma, pour tout le bonheur apporté dans ma vie*  
*À mon amie Sophie, qui caressait le rêve de publier*

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	i
AVANT-PROPOS .....	ii
TABLE DES MATIÈRES .....	v
LISTE DES FIGURES .....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES ANNEXES .....	xi
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE.....	4
1.1 Les infirmières gestionnaires du réseau de la santé : des chiffres et des maux .....	4
1.1.1 Les chiffres ... ..	4
1.1.2 Les maux.....	6
1.2 Une modification des fonctions, des rôles et des responsabilités des infirmières gestionnaires .....	11
1.2.1 Les fonctions et les rôles : du clinique vers le clinico-administratif.....	12
1.2.2 Les responsabilités : du clinique vers le clinico-administratif, mais avec caring! .....	16
1.3 Les compétences attendues des infirmières gestionnaires : du leadership transformationnel en perspective! .....	17
1.4 La question générale de recherche .....	21
CHAPITRE 2 LA RECENSION DES ÉCRITS.....	22
2.1 Des compétences contemporaines à développer : le leadership transformationnel et mobilisateur.....	22
2.1.1 Le modèle du RNAO sur le leadership transformationnel.....	25
2.1.2 Les effets du leadership transformationnel.....	29

2.1.3 Les stratégies afin de développer du leadership transformationnel .....	30
2.1.4 Les stratégies afin de déployer du leadership transformationnel.....	32
2.2 Le coaching en tant que stratégie d'accompagnement des équipes de soins afin de déployer du leadership mobilisateur .....	33
2.2.1 Le coaching : Quelques définitions et distinctions .....	37
2.2.1.1 Quelques définitions .....	37
2.2.1.2 Quelques distinctions.....	39
2.2.2 Les rôles et les compétences d'un coach .....	41
2.2.2.1 Le phénomène de gestionnaire-coach.....	46
2.2.3 Les résultats escomptés de la stratégie de coaching .....	49
2.3 Les objectifs de la recherche.....	51
CHAPITRE 3 LE CADRE DE RÉFÉRENCE .....	53
3.1 Le caring et l'administration des soins infirmiers.....	54
3.1.1 L'approche caring en administration des soins infirmiers de Nyberg .....	55
3.1.2 La théorie Nursing as caring de Boykin et Schoenhofer .....	56
3.2 Le modèle du RNAO sur le développement et le maintien du leadership transformationnel .....	57
3.2.1 Ligne directrice 1 : Établir des rapports et des liens de confiance.....	60
3.2.2 Ligne directrice 2 : Créer un milieu de travail habilitant.....	62
3.2.3 Ligne directrice 3 : Créer une culture qui appuie le développement des connaissances et leur intégration .....	63
3.2.4 Ligne directrice 4 : Diriger et maintenir le changement.....	65
3.3 Le cadre de référence intégrateur pour un gestionnaire-coach mobilisateur infirmier .....	66
CHAPITRE 4 LA MÉTHODE .....	70

4.1 La justification du type de recherche .....	70
4.2 L'outil de collecte des données : l'entrevue semi-dirigée .....	71
4.2.1 L'élaboration du guide d'entrevue.....	71
4.3 Le milieu et l'échantillon de la recherche.....	74
4.3.1 L'échantillon : critères d'inclusion et d'exclusion.....	75
4.3.2 Le mode de recrutement des participants.....	76
4.4 L'analyse des données .....	77
4.5 Les critères de scientificité.....	78
4.5.1 La validité interne et externe .....	79
4.5.2 La fiabilité.....	80
4.6 Les considérations éthiques .....	80
4.7 Les limites de la recherche.....	82
<b>CHAPITRE 5 LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....</b>	<b>83</b>
5.1 Le premier objectif : décrire les compétences des infirmières gestionnaires utilisées lors de la mise en oeuvre de la stratégie de coaching mobilisateur .....	85
5.1.1 Les compétences utilisées lors de la mise en oeuvre de la stratégie de coaching mobilisateur : du point de vue des infirmières gestionnaires .....	85
5.1.2 Les compétences utilisées lors de la mise en oeuvre de la stratégie de coaching mobilisateur : du point de vue des cadres supérieurs .....	92
5.2 Le deuxième objectif : décrire les effets escomptés de l'utilisation de la stratégie de coaching mobilisateur par les infirmières gestionnaires.....	96
5.2.1 Les effets recherchés par les infirmières gestionnaires.....	96
5.2.2 Les effets recherchés par les cadres supérieurs.....	98
5.3 Le troisième objectif : identifier comment les infirmières gestionnaires ont développé leur stratégie de coaching mobilisateur dans leur unité de soins.....	101

5.3.1 Le développement de la stratégie de coaching mobilisateur selon les infirmières gestionnaires.....	102
5.3.2 Le développement de la stratégie de coaching mobilisateur selon les cadres supérieurs.....	104
5.4 Le quatrième objectif : identifier des situations ou des contextes et des obstacles plus ou moins favorables à la mobilisation.....	106
5.4.1 Des situations, des contextes plus ou moins favorables et la présence d'obstacles relatés par les infirmières gestionnaires.....	106
5.4.2 Des situations, des contextes plus ou moins favorables et la présence d'obstacles relatés par les cadres supérieurs.....	108
5.5 « Pour vous, mobiliser les équipes de soins c'est...? ».....	111
5.6 « Le gestionnaire qui soutient et qui mobilise est capable de...? ».....	112
CHAPITRE 6 LA DISCUSSION.....	118
6.1 La discussion.....	118
6.1.1 Les compétences des infirmières gestionnaires utilisées lors de la mise en œuvre de la stratégie de coaching mobilisateur.....	118
6.1.2 Les effets escomptés de l'utilisation de la stratégie de coaching mobilisateur par les infirmières gestionnaires.....	121
6.1.3 Comment les infirmières gestionnaires ont-elles développé leur stratégie de coaching mobilisateur dans leur unité de soins?.....	123
6.1.4 Des situations ou contextes et obstacles plus ou moins favorables à la mobilisation.....	124
6.2 La synthèse des principaux constats.....	130
6.3 Les recommandations pour la recherche.....	133
6.4 Les recommandations pour l'administration des soins infirmiers.....	135
6.5 Les recommandations pour la formation.....	136
CONCLUSION.....	137
RÉFÉRENCES.....	140

## LISTE DES FIGURES

<i>FIGURE 1</i> : Le modèle conceptuel pour le développement et le maintien du <i>leadership</i> de la RNAO.....	26
<i>FIGURE 2</i> : Les caractéristiques d'un <i>leadership</i> infirmier transformationnel .....	58
<i>FIGURE 3</i> : Le modèle conceptuel pour le développement et le maintien du <i>leadership</i> de la RNAO.....	59
<i>FIGURE 4</i> : Le profil « idéal » du gestionnaire- <i>coach</i> mobilisateur infirmier .....	69
<i>FIGURE 5</i> : Les compétences utilisées lors de la mise en œuvre de la stratégie de <i>coaching</i> mobilisateur selon les infirmières gestionnaires .....	91
<i>FIGURE 6</i> : Les compétences utilisées lors de la mise en œuvre de la stratégie de <i>coaching</i> mobilisateur selon les cadres supérieurs.....	95
<i>FIGURE 7</i> : Situations et contextes favorables au <i>coaching</i> mobilisateur selon les infirmières gestionnaires.....	107
<i>FIGURE 8</i> : Obstacles au <i>coaching</i> mobilisateur selon les infirmières gestionnaires...	108
<i>FIGURE 9</i> : Situations et contextes favorables au <i>coaching</i> mobilisateur selon les cadres supérieurs.....	110
<i>FIGURE 10</i> : Obstacles au <i>coaching</i> mobilisateur selon les cadres supérieurs.....	111
<i>FIGURE 11</i> : Les compétences utilisées lors de la mise en œuvre de la stratégie de <i>coaching</i> mobilisateur.....	114

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Dimensions et domaines d'activités du travail des infirmières-chefs .....	14
TABLEAU 2 : Synthèse des caractéristiques du <i>leader</i> mobilisateur comparées à celles du <i>leader</i> motivateur et à celles du <i>leader</i> démobilisateur .....	24
TABLEAU 3 : Compétences de base selon l'ICF .....	44
TABLEAU 4 : Compétences essentielles et comportements types pour établir des rapports et des liens de confiance .....	60
TABLEAU 5 : Compétences essentielles et comportements types pour créer un milieu de travail habitant .....	62
TABLEAU 6 : Compétences essentielles et comportements types pour créer un milieu qui appuie le développement et l'intégration des connaissances.....	64
TABLEAU 7 : Compétences essentielles et comportements types pour diriger et maintenir le changement .....	65
TABLEAU 8 : Données en lien avec le personnel sous la supervision des trois infirmières gestionnaires .....	84
TABLEAU 9 : Les effets recherchés de l'utilisation de la stratégie de <i>coaching</i> mobilisateur par les infirmières gestionnaires .....	98
TABLEAU 10 : Les effets recherchés de l'utilisation de la stratégie de <i>coaching</i> mobilisateur par les cadres supérieurs.....	101
TABLEAU 11 : Sources d'apprentissage de la stratégie de <i>coaching</i> mobilisateur selon les infirmières gestionnaires.....	104
TABLEAU 12 : Sources d'apprentissage de la stratégie de <i>coaching</i> mobilisateur selon les cadres supérieurs.....	105
TABLEAU 13 : Les effets recherchés de l'utilisation de la stratégie de <i>coaching</i> mobilisateur.....	115
TABLEAU 14 : Sources d'apprentissage de la stratégie de <i>coaching</i> mobilisateur....	116
TABLEAU 15 : Situations et contextes favorables à l'utilisation de la stratégie de <i>coaching</i> mobilisateur et les obstacles.....	117

## **LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE 1 : Formulaire de renseignement à l'intention des infirmières gestionnaires.	150
ANNEXE 2 : Formulaire de renseignement à l'intention des cadres supérieurs.....	154
ANNEXE 3 : Formulaire de consentement des participants à la recherche .....	158
ANNEXE 4 : Questionnaire des données socio-démographiques et professionnelles ....	160
ANNEXE 5 : Guide d'entrevue semi-dirigée des infirmières gestionnaires .....	164
ANNEXE 6 : Guide d'entrevue semi-dirigée des cadres supérieurs .....	169
ANNEXE 7 : Courriels destinés à recruter les participants à l'étude .....	173

## INTRODUCTION

Les recherches identifient l'infirmière<sup>1</sup> gestionnaire<sup>2</sup> comme étant un pivot important dans le fonctionnement optimal des établissements de santé ainsi que dans la mise en place d'un environnement de travail sain pour le personnel de soins. Toutefois, les infirmières gestionnaires vivent actuellement des conditions de travail difficiles : elles voient leur nombre diminuer, l'ampleur de leurs responsabilités augmenter et leurs rôles se complexifier. Avec la pénurie d'effectifs infirmiers, il leur faut prioriser des enjeux importants soit d'une part, s'assurer de la prestation de soins de qualité et sécuritaire et d'autre part, mettre de l'avant des stratégies d'attraction, de rétention et de mobilisation du personnel.

Au chapitre deux, la littérature suggère aux gestionnaires du réseau de la santé d'adopter une pratique de gestion axée sur des valeurs de *caring* et humaines. Pour ce faire, il leur faut développer des compétences contemporaines dont le *leadership* transformationnel et des stratégies favorisant entre autres, la mobilisation du personnel de soins. Parmi ces stratégies, les écrits en gestion des ressources humaines ciblent le *coaching* comme une stratégie de choix. L'objectif global de cette recherche vise à décrire les expériences vécues des infirmières gestionnaires en lien avec les processus de mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur. De la recension des écrits, découlent également les objectifs spécifiques suivants : (1) décrire les compétences des infirmières gestionnaires utilisées lors de la mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur, (2) décrire les effets escomptés de l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires, (3) identifier comment les infirmières gestionnaires ont développé leur stratégie de *coaching* mobilisateur dans leur unité de soins, (4) identifier

---

<sup>1</sup> Le terme infirmière est utilisé pour désigner indifféremment infirmier et infirmière.

<sup>2</sup> L'infirmière gestionnaire est une personne qui occupe un poste administratif de premier niveau et gère le personnel qui dispense des soins directs (Jeans & Rowat, 2005). Cette appellation sera utilisée tout au long de ce travail. Elle fait référence au cadre intermédiaire infirmier qui désigne les coordonnateurs ou chefs d'unité de soins infirmiers, les chefs de programme et les coordonnateurs d'activités (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2006).

des situations ou contextes et obstacles plus ou moins favorables au *coaching* mobilisateur et (5) identifier et décrire les attentes que peuvent avoir les cadres supérieurs en lien avec la dimension *coaching* mobilisateur du travail des infirmières gestionnaires.

Au chapitre trois, afin de baliser la thématique centrale qu'est le *coaching* mobilisateur, un cadre de référence intégrateur est adopté. Ce cadre est construit à l'aide de dimensions d'une théorie et d'un modèle : (1) la théorie *Nursing as caring* avec sa dimension de l'humanisme de Boykin & Schoenhofer (1993, 2001a) et (2) le modèle du *leadership* transformationnel infirmier avec des compétences telles que la capacité de communiquer, d'être respectueux, de soutenir et de faire travailler les intervenants en équipe (*Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2007*). S'ajoutent à cela, des compétences et des comportements de mobilisation de Laflamme, Goyette et Mathieu (1996) et les compétences relevées dans la littérature en lien avec le *coaching*. Le profil idéal du gestionnaire-*coach* mobilisateur infirmier est ainsi dressé.

Au chapitre quatre, afin de répondre à l'objectif global et aux cinq objectifs spécifiques de description du *coaching* mobilisateur, une approche qualitative a été privilégiée. En effet, ce phénomène semble assez récent dans le monde de la gestion des soins infirmiers et les écrits sur le *coaching* utilisé par des gestionnaires du réseau de la santé s'avèrent peu nombreux. Pour recueillir les données, des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées auprès de trois infirmières gestionnaires et de deux de leurs cadres supérieurs. Un guide d'entrevue et une fiche signalétique ont été élaborés pour chaque type d'échantillon. L'analyse des verbatims s'est effectuée selon les quatre premières étapes du modèle de Paillé (1994). Les aspects éthiques et les limites de l'étude sont discutés.

Au chapitre cinq, l'analyse des données recueillies a permis de décrire les compétences des gestionnaires-*coachs* mobilisateurs infirmiers, les effets attendus de la stratégie de *coaching* mobilisateur, les sources d'apprentissage, le contexte idéal à cette stratégie ainsi que les obstacles.

Au chapitre six, une discussion des résultats de la recherche et une synthèse des principaux constats sont présentés. Il ressort que les compétences mentionnées par les participants s'avèrent en lien avec le *leadership* transformationnel, le *coaching* et le *caring* administratif. Les effets attendus et les sources d'apprentissage trouvent également appui dans la littérature tout comme des éléments d'un contexte idéal et des obstacles à la stratégie. Finalement, des recommandations pour la recherche, l'administration des soins infirmiers et la formation terminent ce sixième chapitre.

## CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre montre l'importance à accorder à la gestionnaire de soins appelée « l'infirmière gestionnaire ». Des écrits ressortent l'importance de son rôle de mobilisation et plus spécifiquement de la dimension humaine liée à ses activités de gestion. La gestion des ressources humaines d'une organisation constitue un atout important pour son bon fonctionnement (St-Onge, Audet, Haines, & Petit, 2004). L'infirmière gestionnaire représente ainsi un pivot important dans le fonctionnement optimal des établissements de santé (Jeans & Rowat, 2005; Stordeur & Viens, 2009) de même que dans la mise en place d'un environnement de travail sain pour le personnel de soins (Laschinger, Purdy, & Almost, 2007; Shirey, 2006). Le portrait de la situation actuelle des infirmières gestionnaires est présenté tant en chiffres que par des maux exprimés par celles-ci.

Ensuite, afin de bien comprendre le travail au quotidien des infirmières gestionnaires, sont décrits leurs principales fonctions, leurs rôles et leurs responsabilités de même que les compétences attendues considérant le contexte actuel. Le premier chapitre se termine par la question générale de recherche.

### **1.1 Les infirmières gestionnaires du réseau de la santé : des chiffres et des maux**

#### **1.1.1 Les chiffres ...**

Le réseau de santé québécois faisait état de 2 977 chefs d'unité de soins infirmiers et de coordonnatrices d'activités au 31 mars 2009 (Ordre des infirmières et infirmiers et du Québec [OIIQ], 2009). À l'instar du personnel infirmier du réseau de la santé, les infirmières gestionnaires connaissent également un vieillissement de leur main-d'œuvre. De façon générale, au cours des cinq prochaines années, ce sont 1749 cadres

intermédiaires<sup>3</sup> du réseau de la santé qui quitteront à la retraite, soit 19,7% des effectifs de 2008 (MSSS, 2009a). Ce vieillissement des gestionnaires du réseau de la santé entraîne conséquemment des départs à la retraite, accentuant par le fait même la pénurie et les difficultés d'assurer une relève. Selon le MSSS (2007a), de 2007 à 2010 au Québec, les besoins en recrutement sont de l'ordre de 2 368 cadres intermédiaires dans le réseau de la santé, tandis qu'entre 2010 et 2015, le réseau aura besoin de recruter 3 002 cadres intermédiaires (MSSS, 2009a). C'est donc dire que le défi consiste à renouveler un bon nombre des effectifs cadres du réseau au cours des prochaines années (Gagnon & Desjardins, 2009; MSSS, 2009a).

En plus des départs à la retraite liés au vieillissement des infirmières gestionnaires, un contexte de coupures budgétaires s'est installé au cours des années 1990 menant à un effort de rationalisation des effectifs de la part du gouvernement du Québec. En effet, avec la politique du déficit zéro pour l'an 2000, l'opération des départs assistés à la retraite de 1996-1997 du gouvernement du Québec dans les secteurs public et parapublic a entraîné le départ de 5% des gestionnaires du réseau de la santé (Gow & Guertin, 1997).

Par la suite, différentes restructurations sont survenues dans le système de santé québécois menant, entre autres, à une diminution importante du personnel d'encadrement (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2001; MSSS, 2001; Viens, Hamelin Brabant, Lavoie-Tremblay, & Brabant, 2005). Selon l'ICIS (2001, cité dans Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers [CCCSI], 2002), de 1994 à l'an 2000, il y a eu une diminution de 5500 postes de gestionnaires tandis que le RNAO (2007) soutient que de 1994 à 2002, c'est 6 733 postes de direction qui ont été abolis, soit une diminution de 29%. Cette diminution a, d'une part, affecté la structure de *leadership* dans les milieux de soins de même que le style de gestion des gestionnaires (Viens, et al., 2005). D'autre part, les ratios d'encadrement ont augmenté : en 1992-1993, il y avait un gestionnaire

---

<sup>3</sup> Afin de respecter dans la mesure du possible la terminologie des différentes sources de données, les expressions « cadres intermédiaires » et « cadres clinico-administratifs » sont parfois utilisés dans ce travail. Les infirmières gestionnaires représentent des cadres intermédiaires et des cadres clinico-administratifs.

pour 12 employés, en 1996-1997, c'était un gestionnaire pour 16 employés, alors que depuis 2005, c'est un gestionnaire pour 18 à 46 employés (Jean, 2008).

Au-delà des chiffres qui dénotent une diminution des effectifs d'infirmières gestionnaires et des effets sur la structure de *leadership* dans les établissements, les infirmières gestionnaires expriment également des...maux.

### 1.1.2 Les maux...

À la suite des réductions du nombre de postes de gestionnaires infirmiers, les rôles et les responsabilités de ceux qui sont demeurés en poste se retrouvent élargis de façon significative (Duffield & Franks, 2001; Laschinger, Almost, Purdy, & Kim, 2004; Loo & Thorpe, 2004; Thorpe & Loo, 2003). Les infirmières gestionnaires éprouvent également des difficultés et des malaises reliés à leur travail (Desjardins, 2007). Des études effectuées tant à l'échelle locale, nationale qu'internationale ont permis d'apporter un éclairage intéressant sur leurs conditions de travail difficiles et des impacts sur leur santé.

D'abord, dans une recherche intervention évaluative visant à documenter les contraintes de l'environnement psychosocial du travail et les problèmes de santé vécus par différents intervenants de 14 centres d'hébergement et soins de longue durée de la région de Québec, les résultats des questionnaires ont montré que les gestionnaires<sup>4</sup> interrogés (n=34, soit un taux de participation de 91,9%) vivaient de la détresse psychologique (56%), une demande psychologique élevée de travail (74%) et des problèmes de sommeil (41%) de même qu'ils percevaient plus souvent leur santé comme étant moyenne ou mauvaise que les autres groupes professionnels (12%) (Bourbonnais, et al., 2002).

Dans la région de Québec, le Centre de santé et des services sociaux de Québec-Nord [CSSS QN] a tenu 38 groupes de discussion (*focus groups*) sur le climat de travail auprès d'un échantillon de 279 personnes (employés, gestionnaires et médecins), soit 10% de

---

<sup>4</sup> Le groupe de gestionnaires de cette étude est constitué d'infirmières-chefs, de chefs d'unité et d'infirmières cliniciennes.

l'ensemble du personnel, entre avril et novembre 2008. Il ressort que le personnel d'encadrement vit une surcharge quantitative de travail liée aux nombreux changements à apporter en peu de temps, à la pénurie de main-d'œuvre, à l'accomplissement d'une grande variété de tâches cléricales au détriment de la gestion des équipes, à un ratio d'encadrement trop volumineux, à l'éparpillement des équipes sur plusieurs sites et aux nombreux mandats et comités. Le personnel, quant à lui, réclame la présence des gestionnaires sur les unités pour la gestion des problèmes d'ordre clinique (CSSS QN, 2009b).

En 2004, le Centre Hospitalier Universitaire de Québec [CHUQ] a réalisé une étude de la structure et de la fonction d'encadrement, et ce, afin de dégager un nouveau profil de poste de gestionnaire par niveau et de revoir le ratio d'encadrement. Les principaux constats dégagés de cette étude sont la surcharge de travail pour les gestionnaires de premier et de deuxième niveaux, le temps insuffisant consacré à la gestion des ressources humaines et la quantité de travail technique, soit clérical, effectué par les gestionnaires (Joron, 2004).

Une recherche de Mayrand Leclerc (2006) utilisant une méthode mixte auprès de 56 chefs d'unité de soins infirmiers de la région de Montréal a permis d'identifier et de préciser la nature de leur environnement psychosocial de travail. À partir d'un cadre de référence faisant état de huit dimensions, les résultats de cette recherche ont mis en lumière des dimensions de l'environnement psychosocial du travail pouvant être qualifiées de « souffrantes ». Ces dimensions constituent la demande psychologique du travail qui est élevée, la reconnaissance, l'environnement physique et esthétique ainsi que la prévisibilité (Mayrand Leclerc, 2006). En effet, les infirmières gestionnaires de cette étude connaissent une surcharge de travail tant qualitative, quantitative, qu'émotionnelle et elles reçoivent peu de reconnaissance tandis que des éléments de l'environnement physique et esthétique tels que l'espace de travail, l'ambiance, la propreté et la disponibilité du matériel s'avèrent problématiques. En ce qui concerne la prévisibilité, les infirmières gestionnaires déplorent le manque d'information et l'imprévisibilité du quotidien et de ce qui les attend dans l'avenir. En outre, des facteurs stressants tels que

des contraintes temporelles resserrées, le poids démesuré de la gestion et le manque de ressources tant humaines que financières ont été ressortis par les participants de cette étude.

Au Québec, Desjardins (2007) a entrepris, conjointement avec l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux [AGESSS], une démarche d'analyse comprenant des entrevues, des groupes de discussion et des sondages avec des gestionnaires du réseau dans sept régions au Québec, soit 1 615 personnes. L'analyse des données a permis à l'auteur de qualifier ce que les gestionnaires vivent actuellement comme étant « la maladie du gestionnaire », c'est-à-dire qu'ils sont souffrants, essouffés, fatigués, irrités et ils vivent un sentiment d'impuissance. Dans un même ordre d'idées, un sondage réalisé par le Groupe Conseil CFC pour l'AGESSS en 2006 auprès de 1 315 gestionnaires a mis en perspective une grande préoccupation que les gestionnaires possèdent à l'égard de leur charge de travail. Cette dernière semble être davantage problématique chez les gestionnaires gérant plus de 50 employés, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, dans un contexte multisites et recevant peu de soutien clérical et administratif (Gagnon, Desjardins, & Chartier, 2009).

Par ailleurs, lors d'une enquête terrain menée au Québec en 2008 par le MSSS<sup>5</sup> auprès des directions générales et des directions de ressources humaines, plusieurs établissements ont identifié des problématiques les incitant à améliorer les conditions d'exercice de leurs gestionnaires (Gagnon & Desjardins, 2009). En voici quelques-unes répertoriées dans trois régions du Québec regroupant 24 établissements : (1) la situation du climat de travail des gestionnaires est fragile; (2) le personnel d'encadrement est épuisé et démobilisé; (3) de nombreux dossiers arrivent et s'accumulent sur la pile des autres dossiers des gestionnaires; (4) les gestionnaires éteignent continuellement des feux, d'où la perte de sens sur le plan de la gestion; (5) il y a perte d'humanisation de la gestion des ressources humaines; et (6) la rapidité, la cadence et la charge de travail créent un climat de travail négatif (Gagnon & Desjardins, 2009).

---

<sup>5</sup> Jean-Claude Laurin, enquête réalisée pour le MSSS.

« La surcharge de travail est à la fois concrète et ressentie » (Gagnon & Desjardins, 2009, p. 4). De fait, quatre groupes de facteurs exercent une incidence directe sur la charge de travail : (1) les facteurs individuels; (2) les facteurs organisationnels; (3) les tâches et les activités qui s'ajoutent au travail du cadre; et (4) des sentiments négatifs engendrés par des pressions que vit le cadre (Villeneuve, 2009 cité dans Gagnon & Desjardins, 2009). L'ensemble de ces facteurs contribue à la création de conditions d'exercice difficiles. À titre d'exemple, l'infirmière gestionnaire fait face à des pressions telles que la pénurie de personnel qui l'oblige à faire exécuter du temps supplémentaire à ses employés. Elle fait également face à des demandes contradictoires, comme être présent auprès du personnel, mais devoir participer à plusieurs comités.

Du côté de l'Alberta, une recherche qualitative de Loo et Thorpe (2004) employant la méthode Delphi auprès de 41 infirmières gestionnaires avait pour but d'examiner les changements de rôle qu'elles vivent et d'identifier les facteurs de stress dans leur travail reliés à ces changements de rôle. Cette étude rapporte, entre autres, que les infirmières gestionnaires vivent une surcharge de travail et qu'elles font face à des attentes non réalistes et à des contraintes de temps. Des résultats similaires sont également observés dans l'étude qualitative descriptive de Shirey, Ebright et McDaniel (2008) aux États-Unis visant à comprendre les situations de stress vécues par les infirmières gestionnaires. Les résultats obtenus des entrevues menées auprès de cinq infirmières gestionnaires soulignent que ces dernières perçoivent des attentes irréalistes face à leurs rôles, que leur travail se complexifie et qu'elles vivent des contraintes de temps en plus des émotions négatives telles que de la colère et de la frustration.

Une recherche quantitative du côté de la Suisse de Lindholm, Dejin-Karlsson, Östergren et Udén (2003) visant à investiguer si les conditions psychosociales de travail étaient reliées à l'état de santé des infirmières gestionnaires tel que rapportée par ces dernières. Les résultats des questionnaires auto-rapportés auprès de 205 infirmières gestionnaires soulignent que 91 d'entre elles vivent une demande élevée de travail (évaluée par la version suisse du questionnaire de Karasek (Karasek & Theorell, 1990 cité dans

Lindholm, et al., 2003)) et celle-ci est associée de façon significative à une moins bonne auto-évaluation de leur état de santé physique.

Il ressort des différentes études que les infirmières gestionnaires vivent des conditions de travail difficiles telles que de la surcharge de travail et des contraintes de temps. Elles font face à des problèmes tels que la perte d'humanisation de la gestion des ressources humaines. Elles éprouvent également des malaises tels que de la détresse psychologique, « la maladie du gestionnaire » et elles se perçoivent en moins bonne santé. Les conditions d'exercice difficiles dans lesquelles les infirmières gestionnaires travaillent font en sorte que le maintien en poste chez les 55 ans et plus de même que l'attraction des jeunes professionnels vers des postes de gestion s'avèrent difficiles (Gagnon & Desjardins, 2009). Pourtant, les gestionnaires clinico-administratifs représentent « l'épine dorsale » des établissements de santé et de services sociaux (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS], 2002). L'offre des services à la population se retrouve sous leur responsabilité directe, et ce, quotidiennement. « La capacité des établissements à assurer des services en quantité suffisante et selon les standards de qualité est intimement liée au travail de ces cadres intermédiaires » (Gagnon & Desjardins, 2009, p. 6). Des résultats de recherche montrent d'ailleurs que le travail des gestionnaires peut sauver des vies de même que réduire la maladie (FCRSS, 2002). En effet, dans une recherche en pratiques de ressources humaines dans 61 hôpitaux, West (cité dans FCRSS, 2002) a évalué la qualité du travail d'équipe et les résultats de santé obtenus des patients. Il a trouvé que plus un hôpital marquait des points en gestion des ressources humaines et en travail d'équipe, meilleure la santé des patients était en fin de traitement. Il a également découvert que lorsque le rendement du personnel dépassait d'un tiers le rendement moyen, cette tendance était associée à une diminution de 12,3% du nombre de décès chez les patients après une fracture de la hanche.

Le MSSS est préoccupé par ces conditions d'exercice difficiles (Gagnon & Desjardins, 2009). Actuellement au Québec, certains établissements de santé et des services sociaux se sont penchés sur la question des conditions de travail de leurs cadres intermédiaires et tentent d'y apporter des améliorations (MSSS, 2009b). À titre d'exemple, dans une

perspective de révision de la charge de travail des cadres intermédiaires, le CSSS de Rivière-du-Loup, le CSSS de la Mitis, l'Agence de l'Estrie et quelques CSSS de la région de Montréal ont amorcé des projets en ce sens (MSSS, 2009b). Dans le cas du CSSS de Rivière-du-Loup, le projet a pour but de réviser certains volets administratifs de l'organisation du travail. Le CSSS de Québec-Nord a, quant à lui, entamé en 2008 un projet visant le rehaussement des conditions d'exercice de ses cadres intermédiaires par le développement et l'utilisation adéquate de leurs compétences au sein d'un environnement psychosocial optimal du travail (MSSS, 2009b).

Il existe actuellement une problématique au niveau des conditions de travail des infirmières gestionnaires. Néanmoins, il semble y avoir une prise de conscience de la part du MSSS et des établissements du réseau de la santé de la nécessité de s'en préoccuper afin d'y apporter des améliorations. Ces dernières, accompagnées du contexte actuel marqué par le vieillissement de la population, les réductions budgétaires et la pénurie de personnel, amènent une transformation et une complexification des rôles, des responsabilités et des compétences des infirmières gestionnaires (MSSS, 2007b). Il s'avère ainsi pertinent de tenter de bien définir ce que font en général et de façon spécifique ces infirmières gestionnaires de même que leurs rôles et leurs responsabilités.

## **1.2 Une modification des fonctions, des rôles et des responsabilités des infirmières gestionnaires**

Les différentes restructurations du système de santé au cours des dernières années ont entraîné une diminution importante des effectifs d'infirmières gestionnaires dans les hôpitaux. Cette situation a modifié la configuration des postes des infirmières gestionnaires qui sont restées en plus d'accroître le nombre d'unités et de services sous leur responsabilité de même que le ratio d'encadrement (Villeneuve, 2005). C'est ainsi que les infirmières gestionnaires ont vu leurs rôles et leurs responsabilités se modifier suite à ces restructurations (Divay & Gadea, 2008; Duffield & Franks, 2001; Laschinger, et al., 2004; Shirey, et al., 2008; Thorpe & Loo, 2003; Villeneuve, 2005).

Avant de préciser les fonctions, les rôles et les responsabilités, il s'avère pertinent de définir dans un premier temps le sens du mot gestion. La gestion peut être définie comme étant un processus de coordination et d'intégration des ressources par la planification, l'organisation, la coordination, la direction et le contrôle afin d'atteindre des objectifs (Huber, 2006b). Quant à la gestion des soins infirmiers, elle peut se définir comme étant « un processus heuristique visant à mobiliser les ressources humaines et de l'environnement en vue de soutenir et de favoriser le soin de la personne qui, en interaction continue avec son environnement vit des expériences de santé » (Kérouac, Pépin, Ducharme, & Major, 2003).

### **1.2.1 Les fonctions et les rôles : du clinique vers le clinico-administratif**

Toute personne occupant un poste de gestion assume des responsabilités hiérarchiques de même que des fonctions de planification, d'organisation, de direction ou de coordination et de contrôle (Huber, 2006b; St-Onge, et al., 2004). De façon plus détaillée, la planification amène à déterminer des objectifs à court et à long terme et des actions à prendre. La fonction d'organisation signifie la mobilisation des ressources humaines afin d'atteindre les objectifs. Quant à la fonction de direction, elle renvoie à l'action de motiver, de superviser, de guider et de diriger les gens dans le travail à accomplir. La fonction de contrôle consiste, quant à elle, à évaluer ce qui a été fait.

De façon générale, les activités de tout gestionnaire peuvent être rattachées à trois principaux types de rôles : les rôles associés aux relations interpersonnelles, les rôles informationnels et les rôles décisionnels (Mintzberg, 1975, cité dans Bergeron, 2001). Les rôles liés aux relations interpersonnelles comprennent, entre autres, le rôle de *leader* qui touche à la mobilisation des employés, à la communication et à la coordination des activités des employés. Quant aux rôles informationnels, ils ont trait à la collecte et à la diffusion de l'information, à la création de relations stratégiques et d'un réseau de renseignements. Finalement, les rôles décisionnels se distinguent par les rôles d'entrepreneur, de régulateur, de répartiteur de ressources et de négociateur.

Il apparaît difficile actuellement d'obtenir une définition claire du rôle des infirmières gestionnaires (Villeneuve, 2005). Toutefois, il semble que les rôles traditionnels de celles-ci soit mentorat, motivation, encadrement et évaluation ont été réduits ou ils ont tout simplement disparu (Stordeur & Viens, 2009). La tendance actuelle face à l'évolution de leur travail révèle une diminution du travail clinique au profit de la gestion administrative (Villeneuve, 2005; Stordeur & Viens, 2009) c'est-à-dire la gestion financière de l'unité, la gestion des ressources matérielles et la gestion administrative du personnel (horaires, vacances, etc.).

En pratique, le travail des infirmières gestionnaires comprend un certain nombre d'activités. Dans une recherche traitant des facteurs structurels sur le travail *managérial* des infirmières-chefs au Québec, Villeneuve (2005) a cerné, dans le cadre de sa recension des écrits de sa thèse de doctorat sur la nature de leur travail, trois dimensions soit le travail clinique, le travail administratif et le travail *managérial*. Les résultats de sa recherche qualitative à l'aide de six études de cas d'infirmières-chefs provenant de trois hôpitaux de soins de courte durée en région ont permis de dégager une quatrième dimension soit le travail compensatoire. Le Tableau 1 présente ces dimensions et ces domaines d'activité du travail des infirmières-chefs.

Tableau 1  
Dimensions et domaines d'activité du travail des infirmières-chefs (Villeneuve, 2005, p.392)

Dimensions	Domaines d'activité
Travail clinique	Activités visant la continuité des soins, le développement clinique, le contrôle de la qualité des soins.
Travail administratif	La gestion des finances, des ressources matérielles et la gestion administrative du personnel.
Travail <i>managérial</i>	Stratégique : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement d'une vision d'établissement et d'unités.</li> </ul> Fonctionnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de l'offre des services et des processus;</li> <li>• Gestion des ressources humaines (faire participer, animer, responsabiliser, mobiliser et <i>coacher</i> le personnel).</li> </ul> Opérationnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régulation quotidienne des activités sur le terrain;</li> <li>• Coordination des interactions avec les autres services et professions, les partenaires du réseau et la clientèle;</li> <li>• Mise en œuvre de changements.</li> </ul>
Travail compensatoire	Activités de diverses natures, mais qui ne relèvent pas de leur poste (activités cléricales, cliniques, administratives, etc.).

Villeneuve (2005) soulève la problématique selon laquelle il existe des divergences de perceptions entre les directions d'établissement et les infirmières-chefs quant au rôle de ces dernières ainsi que des écarts entre les attentes des directions d'établissement et le travail réel exercé par ces infirmières gestionnaires. Il ajoute que celles-ci éprouvent des difficultés face à l'adoption de nouveaux rôles (visionnaire, développeur, mobilisateur et *coach*) que les cadres supérieurs souhaitent voir adopter. De plus, on s'attend à ce que les infirmières gestionnaires soient davantage présentes sur le terrain avec leurs équipes et qu'elles agissent comme des accompagnatrices et des *leaders* mobilisateurs (Gagnon & Desjardins, 2009). À titre d'exemple, au CSSS QN, le comité de gouvernance a adopté en

avril 2009 un document sur les attentes des cadres supérieurs à l'endroit des cadres intermédiaires qui gèrent une équipe de travail (CSSSQN, 2009a). Parmi ces attentes, se retrouve un style de gestion proactif et participatif.

En lien avec les rôles et le travail des infirmières gestionnaires, mais du côté de la France, deux chercheurs mènent actuellement une recherche empirique sur les gestionnaires de la santé face à la « logique managériale » qui tend à redéfinir l'organisation des services au profit d'une « logique plutôt professionnelle ». Dans un article décrivant leur recherche qualitative, Divay et Gadea (2008) exposent leur réflexion quant au fait que « la montée de la logique gestionnaire dans les hôpitaux va de pair avec une évolution de la place des gestionnaires au sein des collectifs de travail » (Divay & Gadea, 2008, p. 678). Face au processus de rationalisation, les gestionnaires de la santé se sont vus dans l'obligation de procéder à des réductions de ressources les plaçant ainsi à l'avant-plan des transformations des hôpitaux. Leur travail et leur rôle s'en trouvent modifiés, et ce, au quotidien. Ils sont considérés comme étant des acteurs centraux dans le développement des démarches reliées à la qualité et dans l'actualisation et l'application des réglementations reliées à la gestion des risques.

En Australie, les restructurations ont également entraîné des effets sur les rôles et les responsabilités des infirmières gestionnaires (Duffield & Franks, 2001; Duffield, Kearin, & Leonard, 2007). En effet, la diminution du nombre de celles-ci a eu pour conséquence d'augmenter leur travail administratif et de diminuer ainsi leur disponibilité pour la supervision, le mentorat et le soutien des infirmières (Duffield & Franks, 2001).

En somme, il semble se dessiner une évolution au niveau des rôles et du travail au quotidien des infirmières gestionnaires. Le travail administratif de ces dernières a augmenté au profit du travail clinique et du temps passé auprès des équipes de soins. Suit maintenant la description des responsabilités des infirmières gestionnaires.

### **1.2.2 Les responsabilités : du clinique vers le clinico-administratif, mais avec *caring*!**

Selon le MSSS, les infirmières gestionnaires possèdent des responsabilités de gestion stratégique et organisationnelle, de gestion des ressources humaines, des ressources financières, des ressources matérielles et techniques, des ressources et des actifs informationnels, des communications, des partenariats ainsi que de l'enseignement et de la recherche (MSSS, 2006).

Du côté de la littérature en sciences infirmières, les infirmières gestionnaires ont la responsabilité de créer un environnement favorisant l'accessibilité, la continuité, l'efficacité et l'efficience des soins en plus d'assurer le soutien du personnel soignant devant prodiguer des soins de qualité (Kérouac, et al., 2003). En outre, dans une philosophie de gestion centrée sur le *caring*, les infirmières gestionnaires axent leurs actions sur la création d'un environnement favorable au soutien et à l'appui des personnes partageant l'expérience de *caring* tout en actualisant une philosophie de *caring* dans l'organisation (Boykin & Schoenhofer, 2001b; Kérouac, et al., 2003). Dans leur conception du *caring* en gestion des soins infirmiers, les auteures Boykin et Schoenhofer associent ce concept à un nouveau type de *leadership* exercé par la gestionnaire qui favorise la qualité des soins tout en assurant le bien-être du personnel soignant (Kérouac, et al., 2003).

L'importance d'améliorer l'environnement de travail et la qualité de vie des infirmières est soulevée par des chercheurs (Viens, et al., 2005). Au Québec, une étude corrélationnelle descriptive de Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Gélinas, Desforges et Marchionni (2008) auprès de 309 jeunes infirmières en vient à la conclusion que les infirmières gestionnaires devraient offrir un environnement de travail significatif et qui soutient les infirmières afin d'éviter que celles-ci quittent vers d'autres établissements ou pire, la profession. En effet, les infirmières qui avaient l'intention de quitter percevaient un faible soutien social de la part de leurs collègues et de leurs supérieurs. Une autre étude a constaté que les infirmières recevant peu de soutien organisationnel rapportaient

d'avantage d'insatisfaction au travail et elles étaient ainsi plus enclines à un épuisement professionnel (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002).

Actuellement, il demeure difficile d'obtenir une définition claire et commune des fonctions, des rôles et des responsabilités des infirmières gestionnaires, mais la tendance tend à diminuer leur implication dans les soins directs à la clientèle pour une gestion plus globale et administrative des unités de soins (Duffield & Franks, 2001; Villeneuve, 2005; Stordeur & Viens, 2009). Il semble exister une division du travail des infirmières gestionnaires entre les aspects administratifs et cliniques (Villeneuve, 2005). Toutefois, qu'il soit de type administratif ou clinique, leur travail a tout avantage à s'imprégner d'une approche humaine et à promouvoir des valeurs de *caring* (Turkel, 2003). De ce fait, elles peuvent créer un environnement de travail perçu comme étant empreint de *caring*, favorisant ainsi une pratique infirmière basée sur des valeurs de *caring* (Boykin et Shoenhoefer, 2001b).

L'évolution d'un contexte difficile et la complexification au niveau des rôles et des responsabilités amènent les infirmières gestionnaires à développer certaines compétences nécessaires à l'actualisation du processus de gestion. La section suivante aborde les compétences contemporaines attendues au bon accomplissement de leur travail.

### **1.3 Les compétences attendues des infirmières gestionnaires : du leadership transformationnel en perspective!**

Le développement de certaines compétences s'avère un atout et parfois même est essentiel pour une infirmière gestionnaire désirant s'adapter à la nouvelle réalité du réseau de la santé et des services sociaux (Jeans & Rowat, 2005; MSSS, 2007b). Les résultats d'une analyse de 16 rapports de rétroaction montrent un besoin important de perfectionnement en ce qui concerne certaines compétences de gestion et de *leadership* telles que la gestion du rendement et la communication d'une vision à long terme. (Gagnon, et al., 2006).

Dans un rapport portant sur les compétences attendues des infirmières gestionnaires, Jeans et Rowat (2005) ont procédé pour leur étude à une analyse documentaire sur le sujet. Il en ressort que les domaines de compétence dominants ont trait, entre autres, aux habiletés en matière de ressources humaines, à l'expertise de collaboration, à l'esprit d'analyse, à la gestion des ressources ainsi qu'aux compétences et aux connaissances cliniques. Les auteures ont également effectué une analyse de différentes descriptions d'emploi s'adressant à des infirmières gestionnaires. De cette analyse, 271 compétences sont ressorties regroupées en 50 catégories. Les qualités de chef étaient fréquemment mentionnées de même que la connaissance du domaine clinique, l'expertise clinique, le mentorat et l'encadrement du personnel. L'analyse a aussi permis de ressortir que de nouvelles compétences exigées pour les chefs ont commencé à émerger telles que la planification stratégique, la prise de décisions reposant sur des données probantes et la gestion du changement.

En lien avec la gestion du changement et dans le cadre d'une analyse de trente projets de transformations organisationnelles, Bédard, Benoît et Viens (2003) affirment que les gestionnaires de soins infirmiers sont actuellement mobilisés afin de participer de façon proactive à la réalité de changement qui caractérise le contexte actuel. Ils sont ainsi encouragés à initier des projets en organisation des soins, des services et du travail. Lors de tels projets de réorganisation, les infirmières gestionnaires sont amenées à accompagner le personnel de même qu'à exercer un rôle de *coach* (Bareil, 2004; Lavoie-Tremblay & Viens, 2002). Des compétences en gestion du changement deviennent ainsi importantes, principalement la gestion du volet humain du changement. Dans son livre traitant de ce sujet, Bareil (2004) expose sa perspective humaniste de la gestion du changement dans son modèle des sept phases de préoccupation dans lequel les gestionnaires écoutent les préoccupations des gens, adoptent une approche respectueuse, offrent du soutien et prônent un mode de gestion participative.

Le contexte organisationnel actuel amène également les gestionnaires du réseau de la santé à faire face à de nouveaux défis tels que la responsabilité populationnelle, le travail en réseau, la gestion par programme, l'évolution de la technologie, l'évolution sociale et

démographique ainsi que la gestion intergénérationnelle (MSSS, 2007b). Dans le cas de la gestion par programme, l'infirmière gestionnaire doit parfois gérer des professionnels issus de plusieurs disciplines de la santé (inhalothérapeutes, infirmières, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.). Quant à l'évolution de la technologie qui caractérise le 21<sup>ème</sup> siècle, elle amène pour conséquence des quantités phénoménales d'information aux gestionnaires. Cette situation affecte ces derniers, car ils doivent ainsi composer quotidiennement avec 30 à 50 courriels et 20 à 30 messages sur leur boîte vocale (AGESSS, 2006).

Dans une étude irlandaise visant à développer un modèle de compétences pour les gestionnaires en soins infirmiers, McCarthy et Fitzpatrick (2009) ont utilisé différentes méthodes. Parmi celles-ci, se retrouvent une analyse de rôles par les infirmières gestionnaires et des entrevues individuelles, le tout auprès de respectivement 165 et 43 infirmières gestionnaires de différents niveaux. Dans leur modèle, les compétences génériques ont trait principalement à la prise de décision basée sur des données probantes, à la communication et à l'innovation. Du côté des compétences pour les gestionnaires de premier niveau, elles sont reliées à la planification, à l'organisation, au *team building*, à la pratique clinique, à la qualité des services de même qu'à l'intégration du personnel (McCarthy & Fitzpatrick, 2009).

Au Québec, lors d'une démarche d'identification d'un profil de compétences du personnel d'encadrement, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec [IRDPQ] a dressé un portrait des compétences clés requises par ses gestionnaires. Celles-ci représentent la gestion du changement, la vision stratégique, la communication interpersonnelle et organisationnelle ainsi que le *leadership* mobilisateur (Bogiaris, 2005).

Quant au MSSS, il a pour sa part ciblé des compétences à maîtriser par les gestionnaires afin de faire face aux enjeux actuels et ainsi permettre l'atteinte d'objectifs en lien avec la qualité, l'accessibilité et la continuité des soins et des services à la population (MSSS, 2007b). Parmi ces compétences, se retrouvent la capacité de maintenir la mobilisation du

personnel et la capacité de gérer des ressources humaines diversifiées, et ce, en étant respectueux et attentif de même qu'en communiquant de façon efficace (MSSS, 2007b). En lien avec la mobilisation du personnel, le modèle de Tremblay, Chênevert, Simard, Lapalme et Doucet (2005) sur la mobilisation des employés offre une perspective intéressante, car le style de *leadership* du gestionnaire fait partie d'un levier en ce sens, aux côtés de la vision, mission, valeurs et objectifs, des pratiques de gestion des ressources humaines et de l'organisation du travail. Laflamme *et al.* (1996) abordent aussi le lien entre le *leadership* du gestionnaire et la mobilisation du personnel, et ce, de façon spécifique au domaine de la santé.

À la lumière des écrits concernant les éléments de la problématique, il appert que les infirmières gestionnaires, en plus de voir leur nombre diminuer et le ratio d'encadrement augmenter, vivent actuellement des conditions de travail difficiles. De fait, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la surcharge de travail et les contraintes de temps se font présente et que les infirmières gestionnaires font face à des demandes contradictoires comme par exemple, les équipes de soins leur demandent d'être présentes alors qu'elles doivent assister à plusieurs comités et réunions. Conséquemment, le temps consacré à la gestion des ressources humaines s'avère insuffisant et la perte d'humanisation dans la gestion est d'ailleurs soulevée. Il semblerait que leur travail clinique diminue, et ce, au profit du travail administratif qui augmente.

En dépit de ces conditions de travail difficiles, les infirmières gestionnaires représentent des actrices importantes dans le bon fonctionnement des établissements de santé. Elles demeurent responsables de créer un environnement de travail sain et qui favorise le soutien des équipes de soins. Pour ce faire, il semblerait qu'elles aient avantage à s'imprégner d'une approche humaine et à promouvoir des valeurs de *caring*. Face au contexte actuel marqué par les transformations organisationnelles et la pénurie de personnel, le développement de certaines compétences davantage humaines et en lien avec la mobilisation du personnel s'avère important pour le bon accomplissement de leur travail. De cette problématique se dégage ainsi une question générale de recherche.

#### **1.4 La question générale de recherche**

Le contexte actuel se voit marqué par les différents changements et la pénurie de personnel. En plus de vivre des conditions de travail difficiles, les infirmières gestionnaires ont avantage à détenir et à développer certaines compétences. Alors que des écrits ressortent l'importance de la mobilisation du personnel, la question générale de recherche suivante se pose : Quelles sont les compétences contemporaines que les infirmières gestionnaires sont invitées à développer afin de mobiliser leurs équipes de soins?

## CHAPITRE 2 LA RECENSION DES ÉCRITS<sup>6</sup>

Face au contexte actuel marqué par les transformations organisationnelles et la pénurie de personnel, certaines compétences davantage humaines et en lien avec la mobilisation du personnel s'avèrent importantes pour le bon accomplissement du travail des infirmières gestionnaires. Dans le modèle de Tremblay *et al.* (2005) sur la mobilisation des employés, le style de *leadership* du gestionnaire fait partie d'un levier en ce sens. Le modèle de Laflamme *et al.* (1996) aborde également le lien entre le *leadership* du gestionnaire et la mobilisation du personnel.

Le développement du *leadership* transformationnel et mobilisateur constituerait ainsi une des compétences contemporaines qui permettrait aux infirmières gestionnaires de mobiliser leurs équipes de soins. Le RNAO (2007) a d'ailleurs élaboré un modèle de développement et de maintien du *leadership* transformationnel en soins infirmiers. Ce style de *leadership* est également associé à des effets positifs dans la littérature. Pour le mettre en oeuvre, des stratégies de développement et de déploiement sont identifiées. Le *coaching* ressort comme étant une stratégie d'accompagnement des équipes de soins à privilégier afin de déployer du *leadership* transformationnel et mobilisateur.

### 2.1 Des compétences contemporaines à développer : le *leadership* transformationnel et mobilisateur

Il se dégage de la problématique qu'être un *leader* s'avère être un rôle pour un gestionnaire (Mintzberg, 1973, cité dans Bergeron, 2001) alors que le *leadership* représente une compétence importante dans le contexte actuel pour une infirmière gestionnaire (Bogiaris, 2005; MSSS, 2007b). D'ailleurs, Viens *et al.* (2005) soulignent

---

<sup>6</sup> Les mots-clés utilisés dans la base de données Cinahl se lisent comme suit : *nurse administrators, coaching, leadership, transformational leadership, management style, personnel management* et *mobilisation*. Les mots-clés utilisés dans Emerald et ABI/Inform global se lisent comme suit : *coaching* et *manager*. Le mot-clé utilisé dans Érudit est : *coaching*.

que les infirmières gestionnaires constituent des modèles de *leader* et qu'elles se doivent d'être présentes sur les unités afin de solliciter la mobilisation des infirmières.

La littérature en sciences infirmières, tout comme dans le domaine de la gestion, fait état de différentes formes de *leadership*, dont le *leadership* transformationnel et transactionnel (Huber, 2006a; Stordeur & Viens, 2009; Tremblay, et al., 2005). Tandis que le *leader* transactionnel récompense ou donne de la rétroaction négative à ses employés en fonction de la réalisation des objectifs fixés, le *leader* transformationnel est plutôt charismatique ou visionnaire, suscite l'enthousiasme collectif ainsi que l'adhésion des employés (Bass, 1999; Stordeur & Viens, 2009; Tremblay, et al., 2005). Il représente également une source de stimulation intellectuelle, encourageant ses employés à être créatifs. Les *leaders* transformationnels s'avèrent fortement mobilisateurs et n'hésitent pas à démontrer de la considération individuelle envers leurs employés (Tremblay, et al., 2005; Stordeur & Viens, 2009).

Pour Tremblay *et al.* (2005), le *leader* transformationnel est un motivateur et un mobilisateur. La qualité du *leadership* des gestionnaires représente le premier levier d'action dans une démarche de mobilisation. La mobilisation peut se définir comme étant « une masse critique d'employés qui accomplissent des actions (faisant partie ou non de leur contrat de travail, rémunéré ou non), bénéfiques au bien-être des autres, de l'organisation et à l'accomplissement d'une œuvre collective » (Tremblay & Wils, 2005, p. 38).

La mobilisation ne peut se passer de *leaders* transformationnels qui détiennent, par ailleurs, une plus grande capacité à utiliser efficacement les autres leviers de mobilisation soit la vision, les pratiques de gestion des ressources humaines et l'organisation du travail (Tremblay, et al., 2005). Pour bien faire ressortir ce qui distingue le *leader* mobilisateur, le Tableau 2 compare ces caractéristiques à celles du *leader* qui serait simplement motivateur ainsi qu'à celles du *leader* qui serait à l'opposé du spectre, carrément démobilisateur.

Tableau 2

Synthèse des caractéristiques du *leader* mobilisateur comparées à celles du *leader* motivateur et à celles du *leader* démobilisateur (Tremblay, et al., 2005, p. 72)

	<b>LEADER MOTIVATEUR</b>	<b>LEADER MOBILISATEUR</b>	<b>LEADER DÉMOBILISATEUR</b>
<b>Relations avec les acteurs internes</b>	Contractuelles, fondées sur un système de récompenses liées à la performance	Sociales, fondées sur la confiance, le soutien et le respect	Relations de faible intensité, intervention lors d'écart et de problèmes
<b>Objectifs</b>	Détermine et clarifie les attentes quant à la performance à court terme	Fournit une vision à long terme, une cause, des objectifs rassembleurs	Ne fournit pas d'objectifs stimulants, favorise le <i>statu quo</i>
<b>Moyens de reconnaissance</b>	Reconnaissance liée à la performance, pécuniaire principalement	Reconnaissance personnelle et sociale, non pécuniaire surtout	Punition, réprimande, absence de reconnaissance
<b>Face aux situations problématiques</b>	Résout les problèmes, mais reste ouvert aux suggestions	Délègue et responsabilise, encourage la prise de risques et la créativité	Espère que les problèmes se résoudront par eux-mêmes, n'intervient qu'en cas de crise
<b>Face au développement des acteurs internes</b>	Exploite efficacement les capacités actuelles sans nécessairement les encourager à se développer	Cherche à développer le plein potentiel de chacun par diverses actions (coaching, mentorat, etc.)	S'intéresse très peu aux individus et à leur développement
<b>Face à l'amélioration et à l'efficacité</b>	Améliore les choses en demandant une performance accrue	Change les choses par la remise en question, la stimulation des idées	Favorise le <i>statu quo</i>
<b>Orientation de ses efforts</b>	Satisfait les besoins et les intérêts des individus	Amène les individus à transcender leurs intérêts personnels pour le bien du groupe, de l'établissement	Les individus doivent trouver eux-mêmes les moyens de satisfaire les intérêts individuels et collectifs

<b>Impact sur les acteurs internes</b>	Motivation individuelle élevée, mais mobilisation faible, peut accroître le stress et la fatigue	Mobilisation élevée, coopération facilitée, bien-être et stress positif	Démobilisation, faible motivation, stress élevé et problèmes de santé mentale et physique
--	--	---	---

Après cette description des caractéristiques d'un *leader* transformationnel et mobilisateur et la comparaison avec celles d'un *leader* motivateur et d'un *leader* démobilisateur, il s'avère pertinent d'aborder le modèle élaboré par le RNAO (2007) en lien avec le *leadership* transformationnel et de constater par la suite les effets du *leadership* transformationnel relevés dans la littérature.

### 2.1.1 Le modèle du RNAO sur le *leadership* transformationnel

Pour sa part, l'Association des infirmières diplômées de l'Ontario a procédé à une analyse de la littérature à partir de 48 études sur le *leadership* et elle a consulté les experts canadiens du domaine afin d'élaborer un modèle conceptuel pour le développement et le maintien du *leadership*, incluant cinq lignes directrices (RNAO, 2007). La figure 1 présente ce modèle conceptuel issu de leurs travaux.

## Modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership

Le modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership organise et guide la discussion au sujet des recommandations. Il offre un modèle afin de comprendre les pratiques en leadership nécessaires à l'obtention de milieux de travail sains, ainsi que les soutiens organisationnels et les ressources personnelles qui mettent en œuvre ces pratiques en leadership efficaces.

### Facteurs contextuels



Figure 2 – Modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership

Figure 1. Le modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership de la RNAO (2007) p. 24

Dans ce modèle, se retrouvent les pratiques en *leadership* transformationnel afin de favoriser des milieux de travail sains et des résultats positifs pour les infirmières, les patients, l'organisation et le système. Ce modèle comprend également le soutien organisationnel et les ressources personnelles qui permettent ces pratiques de *leadership*. Pour chaque pratique, le document du RNAO (2007) présente les données probantes qui l'appuient de même que les compétences essentielles, les comportements et les stratégies afin de développer et de maintenir ces pratiques. Suit maintenant de façon plus détaillée chacune de ces pratiques en *leadership*.

La première pratique du RNAO (2007) consiste à établir des rapports et des liens de confiance. En effet, la confiance serait fortement reliée au style de *leadership* transformationnel et constituerait une condition nécessaire aux résultats positifs du *leadership*. Des valeurs telles que le respect des autres et l'équité sont liées à la confiance et elles ressortent comme étant des traits de caractère des *leaders* transformationnels. Selon le RNAO, la confiance renforce les bonnes relations interpersonnelles. La confiance a aussi été mise en relation avec les capacités, l'influence perçue et l'intégrité du *leader*. Cela prouve que les intérêts des autres lui tiennent à cœur et qu'il existe une réelle volonté d'aider les autres à grandir tant sur le plan professionnel que personnel.

La deuxième pratique concerne la création d'un milieu de travail habilitant par le *leader*. En fait, « l'habilitation se produit lorsqu'une organisation fait participer son personnel et répond progressivement à cet engagement en démontrant un intérêt et une intention mutuels à favoriser la croissance » (RNAO, 2007, p. 37). Les facteurs structurels tels que l'accès à l'information, le soutien, l'accès aux ressources nécessaires pour effectuer le travail et l'opportunité d'apprendre et de grandir représentent les fondements de l'habilitation. Les *leaders* transformationnels permettent l'habilitation lorsqu'ils partagent leur vision et leurs valeurs avec les infirmières. Ils habilitent les autres en les motivant à partager la vision et à en faire une réalité. Des améliorations en lien avec l'approche face à la clientèle, la qualité des produits et des services, la concurrence organisationnelle et la qualité de vie au travail ont été observées chez le personnel habilité.

La création d'une culture qui appuie le développement et l'intégration des connaissances représente la troisième pratique. Il semblerait que « les *leaders* transformationnels affectent considérablement les valeurs d'apprentissage organisationnelles en créant une atmosphère d'ouverture et de sécurité psychologique, deux facteurs essentiels à l'apprentissage organisationnel efficace » (RNAO, 2007, p. 42). L'apprentissage organisationnel passe d'abord par un engagement de l'organisation envers l'apprentissage et la mise en place d'un milieu propice à la création, au partage et à l'utilisation des connaissances.

La quatrième pratique consiste à diriger et à maintenir le changement. Les *leaders* en soins infirmiers jouent un rôle clé lors de la mise en œuvre de changements au sein des établissements. Ils développent une vision du changement souhaité pour ensuite la communiquer aux autres intervenants afin d'obtenir le soutien nécessaire. La communication apparaît essentielle, car elle favorise l'acceptation des changements par le personnel en plus de favoriser l'augmentation de l'engagement envers leur travail. En outre, lorsque le personnel est impliqué et qu'il a l'occasion de prendre part à toutes les phases du processus de changement, les chances de réussite s'avèrent bonnes.

La dernière pratique concerne l'équilibre entre les valeurs et les priorités contradictoires. Les *leaders* en soins infirmiers de même que les infirmières font souvent face à des priorités et à des demandes contradictoires en lien avec les besoins des personnes, de leur famille, des différents professionnels et de l'ensemble de l'organisation. Les *leaders* assurent, par exemple, un équilibre entre les coûts et la qualité des soins. On s'attend également à ce qu'ils respectent les valeurs de la profession et qu'ils favorisent les patients et le personnel, et ce, en dépit des compressions budgétaires. Lorsque les infirmières ont la perception que les *leaders* accordent plus d'importance à la réduction des coûts qu'à la qualité des soins, il s'ensuit une diminution de la confiance, une diminution de la satisfaction au travail, une diminution de la loyauté envers l'organisation et une augmentation de l'intention de quitter (RNAO, 2007). « Le rôle du *leader* en soins infirmiers est de promouvoir et de créer un milieu de pratique qui équilibre les demandes et les perspectives multiples afin que les infirmières puissent offrir des soins de qualité » (RNAO, 2007, p. 53).

De façon générale, le *leader* transformationnel représente une personne visionnaire et une source de stimulation intellectuelle qui sait démontrer de la considération individuelle aux autres (Bass, 1999; Stordeur & Viens, 2009). Pour Tremblay *et al.* (2005), ce type de *leader* est mobilisateur et se distingue par le fait que ses relations s'avèrent fondées sur la confiance, le soutien et le respect. En plus de déléguer et de responsabiliser ses employés, il cherche à développer leur plein potentiel. Du côté du RNAO (2007), les pratiques en *leadership* transformationnel recensées abondent dans le même sens.

En plus des pratiques soutenant le *leadership* transformationnel, le RNAO expose dans son modèle (voir figure 1) des résultats positifs associés à ce type de *leadership*. D'autres recherches arrivent également à ce genre de résultats.

### **2.1.2 Les effets du *leadership* transformationnel**

Au cours des dernières années, la recherche infirmière a établi des liens entre le *leadership* infirmier et la satisfaction au travail des infirmières de même que leur rétention. Entre 2003 et 2006, Gagnon *et al.* (2006) ont entrepris une étude visant entre autres, à évaluer l'impact du style de *leadership* sur la perception qu'ont les infirmières du contexte de pratique et de l'expérience psychologique au travail (habilitation, satisfaction et engagement organisationnel). Il ressort de cette étude qu'il existe une relation modérée à forte entre la perception des infirmières à l'égard du *leadership* de l'infirmière gestionnaire et leur expérience psychologique au travail. Ceci appuie l'importance pour les infirmières gestionnaires d'exercer un *leadership* susceptible d'entraîner des effets positifs sur l'environnement de travail du personnel infirmier. Toujours selon cette étude, les auteurs ont observé qu'une perception positive du *leadership* des infirmières gestionnaires distinguait les infirmières ayant l'intention de rester de celles qui songeaient à quitter. D'autres études illustrent bien le lien entre l'adoption d'un *leadership* novateur et dynamique par les infirmières gestionnaires et la satisfaction au travail des infirmières (Doran, et al., 2004; Irvine & Evans, 1995; Medley & Larochelle, 1995; RNAO, 2007; Stordeur & D'hoore, 2006) et l'augmentation de leur rétention (Kleinman, 2004).

En lien avec le *leadership* transformationnel, des études portant sur ses effets rapportent un taux de roulement chez les infirmières moins élevé (Doran, et al., 2004), une meilleure rétention, une diminution de l'absentéisme, une amélioration de la qualité de vie au travail des infirmières, une augmentation de leur responsabilisation et de leur engagement envers l'organisation de même qu'une diminution du taux d'épuisement émotionnel chez celles-ci (RNAO, 2007). Une recherche de Stordeur, D'hoore et Vandenberghe (2001)

observe également une diminution du taux d'épuisement émotionnel. En effet, dans cette étude, les infirmières présentaient un niveau de stress moins élevé lorsqu'elles percevaient leur infirmière-chef comme étant un *leader* transformationnel. Quant aux effets sur la satisfaction au travail des infirmières, il semblerait que le *leadership* transformationnel en soit un prédicteur significatif (Doran, et al., 2004).

Laflamme *et al.* (1996) ont élaboré un modèle de mobilisation du personnel dans le cadre de leurs travaux à l'Institut de gériatrie de Sherbrooke dans les années 1990. Après avoir interrogé des gestionnaires principalement provenant de la direction des soins infirmiers, il s'est avéré que le style de *leadership* du gestionnaire avait une influence sur la mobilisation du personnel tout comme une organisation du travail qui favorise le travail d'équipe. Ainsi, un gestionnaire devrait privilégier un style dans lequel il démontre du respect, il communique, il donne de la rétroaction descriptive et du soutien (Laflamme, et al., 1996).

Il appert que le *leadership* chez les infirmières gestionnaires devient une composante importante à un environnement de travail positif pour les infirmières. Les infirmières gestionnaires ont avantage à adopter un style de *leadership* transformationnel et mobilisateur. Pour ce faire, il existe des stratégies permettant de développer et de déployer ce style de *leadership*.

### **2.1.3 Les stratégies afin de développer du *leadership* transformationnel**

Stordeur (2003), dans le cadre de sa thèse de doctorat, mentionne que les infirmières en chef de la Belgique détenant une formation complémentaire sur la gestion hospitalière et/ou une formation en gestion des ressources humaines possèdent une meilleure évaluation de leurs compétences en *leadership*. Ainsi, le fait de suivre une formation en gestion ou sur le *leadership* favoriserait le développement du *leadership* transformationnel. De son côté, Bass (1999) est d'avis que la formation contribue à développer le *leadership* transformationnel.

Une recherche qualitative en Finlande de Vesterinen, Isola et Paasivaara (2009) visait à comprendre les facteurs qui influencent le style de *leadership* des infirmières gestionnaires. Les résultats de 13 entrevues auprès d'infirmières gestionnaires provenant de cinq hôpitaux et de deux centres de soins de longue durée ont montré que le style de *leadership* était influencé par les anciens supérieurs, les valeurs de l'organisation, la façon dont l'information circule dans l'organisation, la collaboration et le soutien des supérieurs et des collègues, les caractéristiques de leurs employés et finalement, la formation reçue.

Du côté du RNAO (2007), le développement des compétences et des comportements reliés au *leadership* transformationnel est acquis par de la formation, du préceptorat et du mentorat. Selon leur analyse de la littérature, il semblerait également que les années d'expérience, les études supérieures en soins infirmiers et l'ampleur des connaissances ressortent comme étant importants au *leadership* transformationnel. Finalement, le perfectionnement professionnel continu permettrait d'accroître l'expertise en *leadership*.

Une autre façon de développer des compétences et des comportements de *leadership* pour les gestionnaires est le *coaching* ou plus spécifiquement le *coaching* exécutif (Byrne, 2007; Codsì, 2007; Reid Ponte, Gross, Galante, & Glazer, 2006). En effet, selon des experts dans le domaine, le *coaching* en général s'avèrerait un moyen de développement des compétences (Gosselin & Gendron, 2001; Marchand & Morais, 2009). Utilisée en gestion, cette stratégie constituerait ainsi une manière de développer les compétences de *leadership* chez les gestionnaires.

Il existe différentes façons de développer le *leadership*, mais il existe également différentes stratégies afin de mettre en œuvre ou de déployer du *leadership* transformationnel.

#### **2.1.4 Les stratégies afin de déployer du *leadership* transformationnel**

Le RNAO (2007) propose des stratégies pour mettre en oeuvre chacune des cinq lignes directrices de son modèle sur le *leadership* transformationnel. Ces stratégies sont de trois ordres soient individuelles, à l'échelle de l'équipe et de l'unité de même qu'à l'échelle de l'organisation. Par exemple, des stratégies telles que se montrer disponible, passer du temps sur l'unité avec les membres du personnel et leur offrir du soutien et de la rétroaction représentent des stratégies afin d'établir des rapports et des liens de confiance.

Pour la création d'un milieu de travail habilitant, les stratégies consistent à offrir des possibilités de croissance et d'apprentissage et à favoriser la confiance des autres en leurs capacités par l'entremise de programmes de formation, de la rétroaction et du soutien.

Parmi les stratégies qui créent un milieu appuyant le développement et l'intégration des connaissances, se retrouvent le perfectionnement continu, la participation à des conférences, la création d'équipes de projet, l'organisation de réunions d'équipe et l'utilisation des lignes directrices pour une pratique exemplaire.

Au niveau des stratégies pour diriger et maintenir le changement, se retrouvent le fait d'engager le personnel de soins à bâtir une vision, d'organiser des discussions ouvertes et de la formation axée sur le développement des compétences en lien avec les nouvelles tâches et sur le travail d'équipe de même qu'adopter des stratégies de communication tout au long du processus de changement.

Pour terminer cette section sur les stratégies afin de mettre en oeuvre ou de déployer du *leadership* transformationnel et mobilisateur, les écrits soulignent que le *coaching* constitue une de ces stratégies. La prochaine section propose un éclairage sur cette stratégie de choix pour mobiliser et soutenir les équipes de travail.

## **2.2 Le *coaching* en tant que stratégie d'accompagnement des équipes de soins afin de déployer du *leadership* mobilisateur**

La pratique de *coaching* s'inscrit dans une tradition d'accompagnement qui remonte au temps de Socrate (Lenhardt, 2006). En effet, les philosophes et les guides spirituels en passant par le compagnon initiant l'apprenti ont façonné l'historique du *coaching*. La pratique du *coaching* telle que l'on connaît aujourd'hui se serait développée aux États-Unis au cours des années 1950-1960, et ce, dans les domaines du cinéma et du théâtre de même que dans le monde sportif (Lenhardt, 2006). C'est au cours des années 1970 que les *coachs* seraient apparus dans le monde de l'entreprise et que l'on a commencé à transférer les notions de *coaching* du domaine sportif au contexte de gestion (Ellinger, Hamlin, & Beattie, 2008). Actuellement, la tendance tend à ce que le *coaching* déborde du champ professionnel pour envahir celui de la vie personnelle afin de répondre à divers besoins tels que réfléchir sur des choix de carrière, adopter un meilleur style de vie et améliorer ses relations sociales (Lenhardt, 2006).

Au niveau des organisations, des dirigeants d'entreprise utilisent davantage le *coaching* pour diverses raisons, mais l'objectif étant principalement d'améliorer l'efficacité organisationnelle (Codsi, 2007). Au niveau individuel, le recours au *coaching* peut survenir dans des situations telles que l'obtention d'un nouveau poste ou de nouvelles responsabilités, la gestion du stress (Lenhardt, 2006), la résolution d'un conflit (Lenhardt, 2006; Stedman & Nolan, 2007) ou la définition d'un plan de carrière (Donner, Wheeler, & Waddell, 1997). Quant aux situations qui peuvent nécessiter du *coaching* d'équipe, il peut s'agir d'une réorganisation de services, de la mise en place d'un groupe de projet, de la mobilisation des équipes en vue d'un projet d'entreprise ou de la gestion des équipes. (Lenhardt, 2006).

Tel que vu précédemment, le *coaching* exécutif vise à améliorer les compétences en *leadership* du gestionnaire. Ce type de *coaching* représenterait ainsi un moyen de développement des compétences s'intéressant au passage d'une façon d'être et d'agir à une nouvelle façon de percevoir et de se comporter (Marchand & Morais, 2009). Le *coaching* dans les organisations peut également être utilisé en tant que moyen de

formation et de transfert des connaissances tant pour les gestionnaires que pour les employés (Codsi, 2007; Foucher, 2007; Gosselin & Gendron, 2001; Lindbom, 2007).

Le *coaching* constitue également une stratégie de gestion utilisée par un gestionnaire (Ellinger, Ellinger, & Keller, 2005; Lenhardt, 2006; Longenecker, 2010; McLean, Yang, Kuo, Tolbert, & Larkin, 2005) représentant ainsi une stratégie de développement des ressources humaines (Byrne, 2007). En effet, un gestionnaire peut intérioriser l'approche *coaching* en favorisant le développement tant personnel que professionnel de ses employés (Byrne, 2007; Kowalski & Casper, 2007; Lenhardt, 2006; Lindbom, 2007) afin de les amener à être davantage performants (Byrne, 2007; Lindbom, 2007; Martin, 2004; Orth, Wilkinson, & Benfari, 1990). Le gestionnaire facilite le rendement de ses employés, et ce, en favorisant leur participation, la confiance, l'information, l'imputabilité et la reconnaissance (St-Onge, et al., 2004).

En ce sens, il semble qu'actuellement, la littérature ouvre la voie vers une redéfinition du rôle du gestionnaire et un nouveau phénomène prend forme soit celui du patron-*coach* ou du gestionnaire-*coach* (Codsi, 2007, Ellinger, et al., 2008; Gauthier & Vervisch, 2005; Gendron & Faucher, 2002; Kinlaw, 1997, 2005; McLean, et al., 2005; Noyé, 2002; St-Onge, et al., 2004). Traditionnellement, le gestionnaire est celui qui fait figure d'autorité dans l'entreprise, donne des directives, contrôle et dirige les employés, son rôle étant davantage décisionnel (Codsi, 2007; Ellinger, et al., 2005; Stacke, 2000; St-Onge, et al., 2004). Cependant, depuis les années 1990, les entreprises subissent des pressions et doivent répondre à différentes nécessités : une gestion personnalisée répondant aux aspirations d'épanouissement des individus, l'obligation de résultats à court terme et d'une vision à long terme (Moyson, 2001; Stacke, 2000). Le gestionnaire a ainsi avantage à être un facilitateur, un mobilisateur et une personne capable de promouvoir l'engagement de ses employés (Gendron & Gosselin, 2001; Kinlaw, 1997, 2005; Mathieu & Mayrand Leclerc, 2002). Ces termes rejoignent le concept de *leader* mobilisateur, mais ils font également référence à la notion de *coaching* (Fourès, 2003; Higy-Lang & Gellman, 2002; Kinlaw, 1997, 2005; Rogers, 2008). En outre, l'approche *coaching* auprès des employés est prônée (Gauthier & Vervisch, 2005; Gendron & Faucher, 2002;

Mathieu & Mayrand Leclerc, 2002; St-Onge, et al., 2004) et c'est de ce type de *coaching* dont il sera question dans le cadre de la présente recherche.

Il existe une importante littérature sur le *coaching*, mais celle-ci traite davantage du *coaching* exécutif et représente surtout des opinions d'experts issus d'éditoriaux et/ou de leur expérience. À notre connaissance, il existe peu d'études empiriques sur le *coaching* utilisé dans les organisations, encore moins sur le type de *coaching* abordé dans cette recherche. De fait, quatre recherches plutôt récentes recensées présentent le *coaching* utilisé par des gestionnaires (ou superviseurs) auprès de leurs employés.

D'abord, un sondage réalisé par Ellinger *et al.* (2005) auprès de 438 travailleurs d'entrepôt et de 67 superviseurs provenant de 18 centres de distribution aux États-Unis avait pour but de vérifier la présence de liens entre les comportements de *coaching* chez les superviseurs et la satisfaction et la performance des travailleurs. Les résultats de l'analyse de régression montrent qu'il y a une association positive et significative entre les comportements de *coaching* des superviseurs et la satisfaction au travail et la performance des employés. Cette étude comporte toutefois des limites majeures dont l'utilisation de questionnaires non validés et le bas niveau de comportements de *coaching* obtenu chez les superviseurs qui ne permet pas de voir réellement les liens avec la satisfaction et la performance des travailleurs. Ces résultats n'ont donc pas été utilisés dans le cadre de cette recherche.

Ensuite, l'article de McLean *et al.* (2005) rapporte deux études ayant utilisé trois différents échantillons ( $n = 644$ ) afin de développer et de procéder à une validation initiale d'une échelle mesurant les habiletés de *coaching* chez des gestionnaires de différentes industries aux États-Unis. Les quatre dimensions évaluées dans cette échelle représentent la communication ouverte, l'approche centrée sur l'équipe, la valorisation des personnes et l'acceptation de l'ambiguïté. Bien que le processus de validation ait suivi un processus rigoureux, il n'en demeure pas moins qu'il subsiste des faiblesses au niveau conceptuel et au niveau méthodologique. D'une part, les quatre dimensions du modèle conceptuel du gestionnaire-coach sont issues d'un modèle « sportif ». Le

processus d'élaboration n'est pas clairement expliqué en plus que les auteurs ne semblent pas avoir inclus d'éléments du *coaching* de gestion dans leur modèle. D'autre part, il semble y avoir des faiblesses méthodologiques, dont au niveau de la validité. En effet, peu d'items semblent avoir un lien direct avec des activités associées au *coaching*. De plus, la validation de contenu n'a pas été effectuée auprès de *coachs* expérimentés, mais plutôt auprès d'étudiants gradués en développement des organisations et en communication. En outre, les auteurs eux-mêmes qualifient la validité de moyenne tandis que Peterson et Little (2005) critiquent le questionnaire et affirment que sa validité pour évaluer les compétences de *coaching* est questionnable. Étant donné ces limites, le modèle conceptuel du gestionnaire-*coach* et le questionnaire n'ont pas été retenus pour cette recherche.

De leur côté, Ellinger *et al.* (2008) ont procédé à une analyse de trois études dont deux qualitatives et une à devis mixte visant à comparer les comportements inefficaces associés au *coaching* de gestion. Les comportements inefficaces des gestionnaires qui ressortent dans les trois études réalisées aux États-Unis et au Royaume-Uni s'avèrent en lien avec un style de gestion autocratique, directif et contrôlant. Ces comportements étant associés au paradigme de la gestion bureaucratique traditionnelle, ils se voient ainsi à l'opposé du paradigme de la gestion basée sur le *coaching* (Ellinger, *et al.*, 2008). Cette analyse comporte des limites dont le petit nombre de participants dans l'une des études et les différents niveaux de gestionnaires composant les échantillons. Finalement, pour deux de ces études, l'objet était d'examiner les comportements de *coaching* et de facilitateur de l'apprentissage tandis que pour l'autre étude, l'objet portait sur les comportements associés au *leadership* en général.

Finalement, Longenecker (2010) a procédé à une étude descriptive auprès de 219 gestionnaires expérimentés provenant de plus de 50 industries et organisations de services aux États-Unis visant à comprendre leur expérience en lien avec le *coaching*. Les résultats des sondages effectués (nombre de questions non mentionné) montrent, entre autres, que pour 82% des gestionnaires interrogés, le *coaching* est important pour leur succès, pour 68%, connaître leurs employés importe afin d'être efficace en tant que

*coach*, 93% considèrent que leurs employés ont besoin de *feed-back* et de *coaching* pour améliorer leur performance et 66% affirment avoir de la difficulté à trouver le temps nécessaire pour faire du *coaching* sur une base régulière. Bien que ces résultats en lien avec l'expérience de *coaching* chez des gestionnaires soient intéressants, le profil de l'échantillon trop large rend difficile la généralisation des résultats.

En raison du peu d'études empiriques sur le *coaching* utilisé par des gestionnaires auprès de leurs employés et des limites qu'elles comportent, les prochaines sections présentent des écrits provenant principalement d'opinion d'experts dans le domaine (pour la plupart tirée de livres et d'articles). Bien que ce type de littérature représente un niveau de preuve plutôt bas, il sera tout de même utilisé puisqu'il permet d'en connaître davantage sur le *coaching* en général et sur le gestionnaire-*coach*, d'en arriver à une définition ainsi que de décrire les rôles, les responsabilités et les compétences attendues de la part d'un *coach*.

## **2.2.1 Le *coaching* : Quelques définitions et distinctions**

### **2.2.1.1 Quelques définitions**

Il existe plusieurs définitions du *coaching*. La Fédération internationale des *coachs* ou *International Coach Federation* [ICF] décrit le *coaching* comme étant «un partenariat avec les clients visant à promouvoir leur créativité et leur capacité à penser dans le cadre d'une procédure les incitant à optimiser leur potentiel personnel et professionnel» (ICF, 2008).

Brocato (2003), un professeur en gestion et *leadership* au Collège de Maryland aux États-Unis, définit le *coaching* comme étant un processus utilisé par des *leaders* afin d'aider un membre de l'équipe à améliorer un comportement ou une habileté en lien avec le travail à accomplir. Il s'agit d'un rôle de *coach* que le gestionnaire est amené à exercer.

Pour sa part, Richard (2003), un *coach* de performance qui détient une certification en *coaching* exécutif, aborde le *coaching* comme étant un processus fondamental afin

d'accélérer et de rendre plus efficace les apprentissages individuels, de l'équipe et organisationnels. Le *coaching* constitue à la fois un processus, mais aussi une approche et un ensemble de valeurs qui amènent à croire au pouvoir du potentiel humain. Le but étant l'amélioration de la performance en libérant le potentiel de la personne (Richard, 2003).

Les auteurs français Higgy-Lang et Gellman (2002), qui possèdent plus de 15 ans d'expérience en ressources humaines et en *coaching*, le décrivent comme étant « l'accompagnement psychologique d'un professionnel [...] qui lui permet d'atteindre un niveau d'équilibre et de performance optimal, et un meilleur savoir (...) il favorise l'ensemble de son potentiel... » (p. 7).

Lenhardt (2006), un expert dans le domaine en France où il préside une entreprise qui offre des formations de *coaching* depuis 20 ans, définit le *coaching* comme étant « une aide apportée dans un accompagnement d'une personne ou d'une (ou plusieurs) équipes, dans une situation personnelle ou professionnelle, et qui consiste à aider cette personne ou cette équipe à trouver des solutions à ses problèmes ou à sa situation, ceci dans une perspective de développement durable et global » (p. 5-6).

Pour Kinlaw (1997, 2005), un formateur et consultant en développement organisationnel qui a formé au *coaching* plusieurs *leaders* d'entreprise, le *coaching* représente une stratégie qui promeut l'engagement des collaborateurs et ainsi l'amélioration des performances. Pour cet auteur, le *coaching* réussi consiste en une conversation interactive entre un employé (nommé collaborateur) et un *leader*. Ce dernier utilise un procédé structuré qui mène à une performance de plus grande qualité, à un engagement envers une amélioration continue ainsi qu'à des relations positives (Kinlaw, 1997, 2005).

Au Québec, des experts possédant plus de 25 ans d'expérience en tant que gestionnaires et experts-conseil en *coaching* le définissent comme étant « un mode de gestion et d'interaction qui vise l'atteinte des objectifs de l'entreprise en suscitant l'engagement et l'*empowerment* des employés et des équipes de travail et en améliorant leur performance » (Gendron & Faucher, 2002, p. 20). Ils qualifient également le *coaching*

comme étant une stratégie visant des objectifs précis, un processus faisant appel à des étapes d'intervention ainsi qu'un état d'esprit et une façon de penser.

D'autres experts qualifient le *coaching* comme étant une démarche de développement pendant laquelle une personne choisit d'être aidée par une autre afin d'accroître ses compétences (Gosselin & Gendron, 2001). Ces derniers ajoutent que le *coaching* favorise l'apprentissage, consolide la vie d'équipe, développe les savoirs des organisations et favorise la mobilisation.

La synthèse de ces définitions met en évidence certains mots clés représentant bien ce que le *coaching* constitue c'est-à-dire une *stratégie* ou un *processus d'accompagnement de personnes* dans le but d'amener un *développement de la personne* tant *au niveau personnel que professionnel*, d'*améliorer la performance*, d'*optimiser le potentiel* et de susciter l'*engagement* et la *mobilisation*.

De façon plus spécifique, les définitions de Kinlaw (1997, 2005), de Gendron et Faucher (2002) et de Gosselin et Gendron (2001) ont guidé l'élaboration de la définition suivante qui sera utilisée dans le cadre de cette recherche, c'est-à-dire que le *coaching* représente une *stratégie d'accompagnement des individus et des équipes de travail utilisée par le leader transformationnel mobilisateur afin de favoriser leur engagement et leur mobilisation*. Le terme *leader mobilisateur* est ajouté à celui de gestionnaire, car la littérature sur le *leadership* montre que le gestionnaire a avantage à être un *leader transformationnel* et par le fait même mobilisateur (Tremblay, et al, 2005).

### **2.2.1.2 Quelques distinctions**

Il arrive parfois que le *coaching* soit confondu avec d'autres approches en entreprise telles que le *counselling* et le mentorat (Benabou, 1995; Fourès, 2003; Lenhardt, 2006). Pourtant, le *coaching* représente une approche qui se distingue des autres démarches d'accompagnement, car elle relève d'une philosophie, d'une attitude, de comportements et de procédures spécifiques (Lenhardt, 2006). En effet, selon Lenhardt (2006), la

philosophie qu'adopte un *coach* est celle que « c'est l'autre qui sait », que la personne est responsable de ses choix, qu'elle peut changer et devenir l'actrice de son changement. De cette philosophie découle une attitude qui amène le *coach* à adopter des comportements visant l'autonomie de la personne.

Bien que le *counselling* représente l'accompagnement d'une personne, la distinction majeure entre cette approche et le *coaching* en entreprise tient au fait que le *counselling* se centre davantage sur les problèmes personnels de la personne tandis que le *coaching* se centre sur le potentiel et le développement tant personnel que professionnel (Lenhardt, 2006; Marchand & Morais, 2009).

Il est parfois difficile de distinguer le *coaching* du mentorat puisque ce sont deux concepts relativement semblables. Toutefois, ces deux approches diffèrent sur plusieurs points. Le mentorat représente le transfert de techniques, de valeurs et de la culture de l'entreprise (Evers, Brouwers, & Tomic, 2006; Fourès, 2003). Ce transfert s'effectue de façon très personnalisée, une relation et un lien puissant se développent entre le mentor et le mentoré où la modélisation joue un rôle primordial. En ce qui concerne le *coaching*, quelques définitions ont déjà été mentionnées. Il consiste en un accompagnement vers un objectif de performance nécessitant un changement (Fourès, 2003). La distinction majeure que cette auteure établit entre les deux concepts est que le mentor donne à son mentoré la solution en lui montrant l'exemple, tandis que le *coach* suscite chez le *coaché* une solution endogène, venant de lui-même. Le *coach* agit seulement à titre de catalyseur ou d'un facilitateur (Fourès, 2003; Lenhardt, 2006). Par ailleurs, le *coaching* vise principalement à susciter le changement alors que le mentorat cherche plutôt à transmettre de l'information et des connaissances (Evers, et al., 2006; Fourès, 2003).

Benabou (1995) a aussi établi la différence entre les deux concepts. Selon lui, une des distinctions majeures représente la relation entre le mentor et le protégé qui se voit empreinte d'une dimension plutôt affective alors que celle entre le *coach* et le *coaché* est davantage professionnelle. Une autre distinction tient au fait que le mentor suscite le respect et l'admiration pour le modèle et la personne qu'il représente tandis que le *coach*

suscite le respect pour ses compétences professionnelles. Selon cet auteur, un mentor est généralement une personne expérimentée, un guide pour un collègue moins âgé et qui exerce une influence déterminante sur la carrière et le concept de soi du protégé.

Une approche semble favoriser la cohésion des équipes et elle se rapproche étroitement du *coaching*, il s'agit du *team-building* (Moulhade, 2006). Le *team-building* peut être défini comme étant « un accompagnement de l'équipe à la fois dans sa vie opérationnelle, dans les moments de régulation dont tout groupe a besoin et dans le processus de formation nécessaire à sa montée en compétence » (Lenhardt, 2006, p. 9). Pour Moulhade (2006), le *team-building* représente une méthode pour constituer une équipe et la construction de sa cohésion et de son dynamisme propre. Bien que ces deux approches relèvent d'une même philosophie et qu'elles soient similaires en terme de résultats visés, certains auteurs établissent une distinction entre les deux concepts. Premièrement, tel que vu dans les définitions sur le *coaching*, Lenhardt (2006) le définit comme un accompagnement d'une personne ou d'une équipe afin de l'aider à trouver des solutions à ses problèmes, et ce, dans une perspective de développement durable. Le *coaching* d'équipe vise à renforcer la cohésion vers un objectif partagé où la responsabilisation des individus, leur autonomie et leur mobilisation constituent des enjeux importants, tandis que le *team-building* a pour but d'amener un ensemble d'individus à passer d'un fonctionnement en «collection d'individus» à une équipe performante (Lenhardt, 2006). Pour sa part, Moulhade (2006) soutient que la distinction majeure entre les deux concepts se situe au niveau de la structuration de l'action (fixation d'objectifs et de résultats précis) et de la rédaction d'un contrat dans le cas du *coaching*.

### **2.2.2 Les rôles et les compétences d'un coach**

Fourès (2003) soutient que le rôle d'un *coach* n'est pas de détenir la solution, mais de faciliter, de catalyser et d'accélérer le processus de décision et de changement chez son client. Elle ajoute : « L'expertise du *coach*, c'est sa capacité à procurer un cadre et une procédure de *coaching* qui permettra ce processus endogène et à éviter la projection d'un

expert technique » (p. 24). Lehnardt (2006) va dans le même sens en affirmant que dans le *coaching*, la solution se trouve chez la personne et qu'elle émerge d'une relation d'aide, dans un espace-temps de recul et de remise en question permettant à la personne de percevoir différemment le problème de même que sa relation face à celui-ci.

Quant à Rogers (2008), elle affirme que le rôle d'un *coach* est de développer les ressources du client, et ce, à l'aide d'un bon questionnement, des défis et du soutien. Le *coach* est là pour travailler avec la personne afin d'atteindre son plein potentiel tel que défini par la personne elle-même.

De par la recension des écrits, il appert que le *coach* ne représente pas un expert technique dans le domaine de la personne et il n'apporte pas des solutions toutes faites. Il ressort plutôt qu'il est là pour accompagner, guider la personne et partir de ce que celle-ci sait, connaît et ce qu'elle veut retirer du processus de *coaching*.

Afin d'être en mesure de remplir son rôle, un *coach* a avantage à posséder certaines compétences, c'est-à-dire des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire. Dans leur manuel sur le *coaching*, Hévin et Tuner (2007) mentionnent que ces compétences sont de deux ordres soit les compétences disciplinaires et relationnelles. En plus de savoir apprécier et d'évaluer la situation de la personne dans son domaine technique, le *coach* doit également être capable d'accompagner la personne afin de la rendre autonome dans la mesure du possible (Hévin & Tuner, 2007).

Dans un même ordre d'idées, Higy-Lang et Gellman (2002) affirment que les compétences d'un *coach* se situent au niveau cognitif, c'est-à-dire qu'il possède les connaissances reliées à son environnement et à l'entreprise, et au niveau relationnel soit la capacité à établir un bon contact et une relation efficace avec la personne *coachée*. Parmi les autres compétences relationnelles, le *coach* doit : faire preuve d'une bonne écoute, poser de bonnes questions afin de susciter la réflexion et le recadrage, bâtir une relation qui n'est pas dans le pouvoir, mais plutôt dans l'influence, être humaniste et avoir une vision globale et immédiate de la situation afin d'être en mesure de faire de la

reformulation. Les auteurs ajoutent une troisième catégorie de compétences, soit les compétences d'ordre psychologique, c'est-à-dire reliées au développement personnel de l'individu et à la supervision.

Pour sa part, Lenhardt (2006) mentionne que les savoir-faire et les savoir-être d'un *coach* se situent à quatre niveaux. Premièrement, la qualité « d'être avec » où le *coach* offre à la personne une capacité d'accueil de même qu'un climat de compréhension et de confiance. Ensuite, le *coach* doit avoir la capacité de gérer une relation, c'est-à-dire qu'il guide, accueille et offre un espace de confiance. Bref, le *coach* met en place les conditions d'une saine relation, exempte de toute manipulation. Troisièmement, le *coach* possède l'aptitude à comprendre les problèmes de la personne et les enjeux qui y sont reliés. Le quatrième niveau concerne les compétences techniques reliées à la relation d'aide telles que l'écoute active, la qualité du questionnement, la rétroaction, mais également la maîtrise de pratiques permettant de libérer les blocages ou les résistances que la personne *coachée* peut avoir et ainsi potentialiser son énergie (Lenhardt, 2006). L'auteur affirme qu'« un excellent *coach* aura le souci constant d'aider l'autre à se débrouiller seul. C'est quelqu'un qui saura créer une dimension d'empathie telle que son client [...] trouvera dans la relation d'aide les ressources nécessaires pour développer son potentiel et sa personnalité profonde » (Lenhardt, 2006, p.77). Il ajoute que c'est quelqu'un qui, par un accompagnement individuel et sa grande qualité d'écoute, aide une personne à trouver des solutions et à avancer dans ses choix personnels et professionnels.

De son côté, l'ICF (2008) a ressorti 11 compétences de base pour un *coach* regroupées en quatre catégories qui sont : établir les fondations, co-crée la relation avec le client, communiquer avec efficacité et faciliter l'apprentissage et la réussite. Le Tableau 3 présente de façon détaillée ces compétences.

Tableau 3  
Compétences de base selon l'ICF (2008)

Compétences de base	Sous-compétences
<b>Catégorie 1 : Établir les fondations</b>	
<i>Respecter les directives éthiques et les normes professionnelles</i> – Comprendre la charte déontologique et les standards de <i>coaching</i> et être en mesure de les appliquer correctement dans toutes les situations de <i>coaching</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre et appliquer soi-même les règles standard de conduite de l'ICF;</li> <li>• Diriger le client vers un autre professionnel de soutien, le cas échéant;</li> <li>• ...</li> </ul>
<i>Établir le contrat de coaching</i> – Comprendre les exigences d'une interaction spécifique de <i>coaching</i> et trouver un accord avec le nouveau client potentiel sur les procédures et la relation de <i>coaching</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre et discuter efficacement avec le client des directives et des paramètres propres à la relation de <i>coaching</i>;</li> <li>• ...</li> </ul>
<b>Catégorie 2 : Co-crée la relation avec le client</b>	
<i>Construire un climat fondé sur la confiance et le respect</i> – Savoir créer un environnement sûr et de soutien pour engendrer un respect et une confiance mutuels constants.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montrer un intérêt sincère pour le bien-être et l'avenir du client;</li> <li>• Se montrer intègre, honnête et sincère en permanence;</li> <li>• Respecter la perception et le style d'apprentissage du client, ainsi que le client lui-même;</li> <li>• ...</li> </ul>
<i>Présence de coach</i> – Être à l'écoute et créer une relation spontanée avec le client par une communication ouverte, souple et rassurante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve de disponibilité et de souplesse durant la procédure de <i>coaching</i>, en profitant du moment présent;</li> <li>• Suivre son intuition et avoir confiance en ses propres compétences, « sentir les choses »;</li> <li>• Faire évoluer les points de vue en toute confiance et expérimenter de nouvelles possibilités d'action;</li> <li>• ...</li> </ul>
<b>Catégorie 3 : Communiquer avec efficacité</b>	
<i>Écouter avec attention</i> – Savoir se concentrer totalement sur les dits et les non-dits du client pour comprendre son message dans le contexte de ses désirs et favoriser l'expression personnelle du client.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Écouter le client pour déterminer ce qui est possible et ce qui ne l'est pas;</li> <li>• Savoir discerner les mots, la tonalité vocale et le langage corporel;</li> <li>• Résumer, paraphraser, réitérer, reproduire les dire du client pour garantir la clarté et la compréhension;</li> <li>• Encourager, accepter, explorer et appuyer les sentiments, les perceptions, les problèmes, les croyances et les suggestions du client;</li> <li>• ...</li> </ul>
<i>Poser les bonnes questions</i> – Savoir poser des questions pertinentes pour obtenir les informations indispensables et permettre ainsi au client de tirer le meilleur profit de la relation de <i>coaching</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poser des questions ouvertes pour plus de clarté et accéder à un plus grand panel de possibilités ou à un nouvel apprentissage;</li> <li>• Poser des questions permettant au client de progresser dans la direction souhaitée et éviter de demander au client de se justifier ou de regarder en arrière;</li> <li>• ...</li> </ul>

<i>Pratiquer une communication directe</i> – Savoir communiquer efficacement pendant les sessions de <i>coaching</i> et utiliser un langage ayant le plus d'impact sur le client.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reformuler ses propos et articuler pour permettre au client de comprendre selon un autre point de vue ce qu'il veut ou ce dont il n'est pas sûr;</li> <li>• ...</li> </ul>
<b>Catégorie 4 : Faciliter l'apprentissage et la réussite</b>	
<i>Sensibiliser le client</i> – Savoir intégrer et évaluer avec précision les sources multiples d'information et présenter des suggestions qui sensibilisent plus facilement le client et l'aident, par conséquent, à atteindre les objectifs fixés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir décrypter les propos du client pour évaluer ses préoccupations sans s'arrêter à la simple description qui en est faite;</li> <li>• Poser des questions pour s'assurer d'une meilleure compréhension et sensibilisation et d'une plus grande clarté;</li> </ul>
<i>Concevoir des actions</i> – Savoir co-créeer avec le client des opportunités d'apprentissage continu pendant les séances de <i>coaching</i> et les situations quotidiennes, afin d'entreprendre de nouvelles actions qui génèreront le plus efficacement possible les résultats souhaités.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire du brainstorming et assister le client dans la définition d'actions qui lui permettront d'expliquer, de mettre en pratique et d'approfondir de nouveaux apprentissages;</li> <li>• Aider le client à se concentrer sur les préoccupations et les opportunités spécifiques, au centre des objectifs de <i>coaching</i> prédéfinis et explorer systématiquement ces éléments;</li> <li>• ...</li> </ul>
<i>Planifier et établir des objectifs</i> – Savoir développer et gérer un plan de <i>coaching</i> efficace avec le client.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un plan dont les résultats sont réalisables, quantifiables, spécifiques et datés;</li> <li>• Ajuster le plan lorsque la procédure de <i>coaching</i> et l'évolution de la situation le justifient;</li> <li>• ...</li> </ul>
<i>Gérer les progrès et la responsabilité</i> – Savoir centrer son attention sur ce qui est important pour le client et le laisser assumer la responsabilité de ses actions.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander clairement au client d'entreprendre des actions allant dans le sens des objectifs fixés;</li> <li>• Indiquer au client ce qui a été fait, non fait, appris ou découvert (prise de conscience) depuis la ou les sessions de <i>coaching</i> précédentes;</li> <li>• ...</li> </ul>

À la lumière de la recension des écrits, les compétences relationnelles s'avèrent importantes et elles sont d'ailleurs soulevées par plusieurs auteurs (Hévin & Tuner, 2007; Higy-Lang & Gellman, 2002; ICF, 2008; Lenhardt, 2006). Ainsi, un *coach* qui accompagne des individus et des équipes détient la capacité de créer un climat de confiance et de respect avec des valeurs humaines, d'établir et de maintenir une relation saine exempte de toute forme de manipulation. S'ajoutent à ces capacités, la maîtrise de techniques de relation d'aide telles que l'écoute active, le questionnement efficace et la rétroaction de même que des compétences reliées au développement personnel de l'autre et au développement et transfert des apprentissages.

Jusqu'à maintenant, ce sont les rôles et les compétences d'un *coach* en général qui ont été abordés par différents experts dans le domaine. La prochaine section abordera plus spécifiquement le phénomène de gestionnaire-*coach*, de même que les rôles, les responsabilités et les compétences qui y sont associés dans la littérature.

### 2.2.2.1 Le phénomène de gestionnaire-*coach*

Alors que des auteurs voient le *coaching* comme étant un rôle que le gestionnaire adopte (Brocato, 2003; Codsì, 2007; Gauthier & Vervisch, 2005; Gosselin & Gendron, 2001), d'autres l'abordent comme étant une compétence complémentaire aux autres compétences de gestion (Fourès, 2003; Stacke, 2000). Par ailleurs, dans la littérature sur le *coaching*, certains auteurs mentionnent plus spécifiquement la notion de gestionnaire-*coach* ou de *manager-coach* (Codsì, 2007; Fourès, 2003; Gauthier & Vervisch, 2005; Gendron & Faucher, 2002; Gosselin & Gendron, 2001; Kinalw, 1997, 2005; Lenhardt, 2006; Stacke, 2000).

Cette notion peut se définir comme étant une nouvelle orientation des rôles des gestionnaires et elle désigne ceux qui fondent leur gestion sur le développement des compétences et des ressources de leurs collaborateurs et qui les accompagnent (Gauthier & Vervisch, 2005; Noyé, 2002). Le gestionnaire joue alors le rôle de facilitateur, de développeur et de mobilisateur (Codsì, 2007). Le fait d'intérioriser le *coaching* comme mode de gestion permet à la fois au gestionnaire d'accomplir son identité de dirigeant, mais tout en demeurant une personne ressource et porteuse de sens dans l'organisation (Lenhardt, 2006). Le gestionnaire agit en tant que *coach* « en aidant ses collaborateurs à trouver des solutions dans leur environnement professionnel, en vue d'un développement durable des personnes comme de l'organisation » (Lenhardt, 2006, p.61).

Selon Gendron et Faucher (2002), ce qui distingue le gestionnaire-*coach* du gestionnaire traditionnel est que le premier accorde beaucoup d'importance aux ressources humaines de l'entreprise, qu'il considère d'ailleurs comme étant la principale ressource stratégique.

Il exerce ses fonctions en favorisant le développement et le transfert des compétences de ses employés, adoptant ainsi un rôle de guide.

Du côté des responsabilités d'un gestionnaire-*coach*, elles sont nombreuses. D'abord, Gosselin et Gendron (2001) mentionnent que les responsabilités du *coach* sont de conseiller et de soutenir la personne dans le développement des compétences nécessaires à l'exercice de son poste. Pour sa part, Lenhardt (2006) affirme que les gestionnaires doivent se transformer en « responsables ressources », capables de rassembler leurs employés. Ils sont amenés à être des développeurs de talents, capables de faire de chaque projet une occasion de croissance tant pour leurs employés que pour l'organisation.

Dans leur livre sur les stratégies de *coaching*, Gendron et Faucher (2002) traitent principalement des responsabilités du gestionnaire-*coach*. Ils en ont répertorié six soit susciter l'engagement et l'*empowerment* du personnel, déterminer les résultats collectifs et individuels à atteindre, créer une organisation du travail orientée vers l'atteinte des résultats, développer les compétences des employés, gérer la performance et l'amélioration continue de ses employés de même que les aider à devenir davantage efficaces et autonomes.

La littérature aborde également les compétences requises d'un gestionnaire-*coach*. D'abord, pour Kinlaw (1997, 2005), le *coach* a besoin de quatre compétences soit conseiller, guider, former ainsi que confronter et stimuler ses collaborateurs à améliorer leur performance, et ce, afin de promouvoir leur engagement et d'améliorer leur performance. Par l'action de conseiller, le *coach* aide une personne à explorer et résoudre un problème. Il guide un collaborateur lorsqu'il l'oriente dans les structures de l'entreprise et il le forme, c'est-à-dire qu'il lui enseigne des techniques. Pour un *coaching* réussi, l'auteur mentionne le respect, le maintien de relations de travail positives et l'usage de techniques de communication.

De leur côté, Gosselin et Gendron (2001) ont établi que les compétences d'un gestionnaire-*coach* ont trait à des domaines tels que la pédagogie, le développement d'une relation interpersonnelle de qualité et d'une vision et la résolution de problèmes.

Pour Lenhardt (2006), les compétences d'un gestionnaire-*coach* sont en lien avec les processus relationnels. Il doit également être capable de faire adhérer ses employés aux objectifs qu'il fixe en plus d'être capable de maîtriser les situations de façon rationnelle et son intelligence émotionnelle. Selon lui, tout gestionnaire est appelé à devenir un développeur de talents qui écoute et aide les autres à se mobiliser de même qu'à les faire contribuer à la définition des objectifs de l'organisation (Lenhardt, 2006). Il gère par ailleurs ce qu'il appelle le « paradoxe de l'éducation », c'est-à-dire comment aider les autres à se débrouiller seuls tout en travaillant en interdépendance.

Dans son livre sur le *coaching*, Fourès (2003) aborde la notion de gestionnaire-*coach*. Selon cette auteure, les compétences telles que communiquer efficacement, assurer une bonne rétroaction, conjuguer une attitude de non-jugement, de confiance et d'authenticité, transformer les blocages et les résistances (notamment par le recadrage), toujours croire en l'autre et conjuguer le pouvoir du gestionnaire et la neutralité du *coach* s'avèrent nécessaires à l'accomplissement du travail du gestionnaire-*coach*.

Quant à Noyé (2002), les comportements et les compétences attendus d'un gestionnaire-*coach* sont de l'ordre d'instaurer une relation de confiance, de savoir poser de bonnes questions, d'écouter, de donner de la rétroaction, de faire preuve de reconnaissance et de savoir adapter son style de *coaching* à la situation, en tenant compte de l'autonomie des employés.

En somme, les gestionnaires-*coachs*, tout comme les *coachs* en général, détiennent principalement des compétences de type relationnel (Fourès, 2003; Gosselin & Gendron, 2001; Lenhardt, 2006; Noyé, 2002). Il est également question des compétences reliées au domaine de la pédagogie (Gosselin & Gendron, 2001; Kinlaw, 1997, 2005; Lenhardt, 2006) de même qu'à la capacité d'être visionnaire (Gosselin & Gendron, 2001; Lenhardt,

2006). Après avoir abordé les compétences associées au *coaching* par les différents experts, il s'avère intéressant de relever les comportements inefficaces associés au *coaching* ressortis dans l'étude d'Ellinger *et al.* (2008). Les comportements inefficaces d'un *coach* seraient en lien avec une approche autoritaire et directive, une communication inefficace, le manque de considération envers les employés et le fait d'être orienté sur la tâche et être résistant aux nouvelles idées et aux changements. Bien que cette étude comporte des limites telles que rapportées plus tôt, il n'en demeure pas moins que ces comportements inefficaces semblent être le contraire des comportements et compétences associés au *coaching* et aux pratiques en lien avec le *leadership* transformationnel. À l'instar du *leadership* transformationnel, l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur par un gestionnaire serait également associée à des effets positifs dans la littérature.

### **2.2.3 Les résultats escomptés de la stratégie de *coaching***

Tel que vu dans certaines définitions du *coaching*, cette stratégie vise à susciter l'engagement et la mobilisation des employés (Gendron & Faucher, 2002; Gosselin & Gendron, 2001; Kinlaw, 1997, 2005; Lenhardt, 2006; Noyé, 2002) de même que leur responsabilisation (Gendron & Faucher, 2002; Lenhardt, 2006; Noyé, 2002; Stacke, 2000). D'autres effets attendus ressortent des définitions et de la littérature provenant d'experts dans le domaine. Ces effets sont ainsi tirés de leurs connaissances et de leur expérience en *coaching*. Parmi ces effets, se retrouvent la croissance et le développement global des individus (Lenhardt, 2006; Noyé, 2002; Stacke, 2000), le développement d'aspects spécifiques tels que l'autonomie (Gendron & Faucher, 2002; Lenhardt, 2006; Noyé, 2002) et le développement des compétences et du potentiel des personnes (Gendron & Faucher, 2002; Gosselin & Gendron, 2001; Kinlaw, 1997, 2005; Noyé, 2002).

Par ailleurs, le *coaching* a également pour effet de consolider la vie d'équipe (Gosselin & Gendron, 2001) et d'améliorer la cohésion entre les membres d'une équipe en vue de la rendre davantage performante et motivée (Gendron & Faucher, 2002; Moulhade 2006).

Le *coaching* vise aussi à améliorer la performance des individus (Gendron & Faucher, 2002; Gosselin & Gendron, 2001; Kinlaw, 1997, 2005; Lenhardt, 2006; Noyé, 2002) en plus de celle de l'organisation (Gosselin & Gendron, 2001). L'atteinte des objectifs de cette dernière constitue un autre effet attendu (Gendron & Faucher, 2002).

Somme toute, les écrits ressortent que les infirmières gestionnaires ont avantage à posséder certaines compétences telles que la gestion des ressources humaines et la planification stratégique ou à en développer d'autres plus contemporaines telles que la gestion humaine du changement et la prise de décision basée sur des données probantes afin de faire face au contexte actuel et de bien remplir leur rôle. Parmi ces compétences, la littérature ressort également le *leadership* transformationnel et mobilisateur. Cette forme de *leadership* est associée à certaines caractéristiques dont le fait d'être visionnaire, de chercher à développer le potentiel des autres et d'entretenir des relations avec les autres fondées sur la confiance, le respect et le soutien. Le *leadership* transformationnel et mobilisateur est associé à des pratiques telles que le recense le RNAO (2007) de même qu'à certains effets dont la satisfaction au travail des infirmières et leur rétention. Toutefois, mobiliser se réalise dans des conditions de travail difficiles dont une surcharge de travail et les causes sous-jacentes sont dénoncées : diminution du nombre de gestionnaires, complexification de la gestion, ajout de tâches administratives et manque de personnel. Aussi, il s'avère pertinent pour les infirmières gestionnaires de recourir à des stratégies permettant le développement du *leadership* transformationnel et mobilisateur telles qu'une formation en gestion alors que d'autres stratégies favorisent plutôt sa mise en œuvre ou son déploiement. Le *coaching* constitue une de ces stratégies.

La littérature recense différentes formes de *coaching* utilisé dans diverses situations telles que pour l'adoption de meilleures habitudes de vie ou l'obtention d'un nouveau poste qui nécessite le développement de certaines compétences. Il existe ainsi une variété de définitions. Dans le cadre de cette recherche, certains éléments de définitions provenant d'experts en la matière ont été retenus et ont permis d'élaborer la définition suivante du *coaching* : une stratégie d'accompagnement des individus et des équipes de travail utilisée par le *leader* transformationnel mobilisateur afin de favoriser leur engagement et

leur mobilisation. Il s'agit de la stratégie de *coaching* mobilisateur. De la littérature, se dégage ainsi un nouveau type de gestionnaire soit celui de « gestionnaire-*coach* ».

Les compétences permettant au *coach* et au gestionnaire-*coach* de bien accompagner les personnes et les équipes de travail sont principalement de type relationnel c'est-à-dire la capacité d'établir une bonne relation de confiance, de communiquer adéquatement, de poser des bonnes questions afin de susciter la réflexion et un recadrage, d'écouter et de faire de la rétroaction de qualité. En plus des habiletés de visionnaire, un *coach* détient également des compétences au niveau pédagogique soit la capacité de faciliter les apprentissages, de favoriser l'autonomie de la personne de même que de voir au développement de ses compétences et de son potentiel. Par la stratégie de *coaching* mobilisateur, le gestionnaire peut s'attendre à observer une amélioration de la performance tant des individus, des équipes que de l'organisation, à obtenir une meilleure cohésion au sein de l'équipe et, finalement, à avoir des personnes et des équipes engagées et mobilisées.

### **2.3 Les objectifs de la recherche**

Dans le contexte actuel caractérisé par les différents changements et la pénurie de personnel, les infirmières gestionnaires vivent des conditions de travail difficiles. Elles ont ainsi avantage à détenir et à développer certaines compétences. Alors que des écrits ressortent l'importance de la mobilisation du personnel, la question générale de recherche s'énonce comme suit : Quelles sont les compétences contemporaines que les infirmières gestionnaires sont invitées à développer afin de mobiliser leurs équipes de soins?

Or, la recension des écrits met en lumière une compétence centrale soit le *leadership* transformationnel. Afin d'actualiser celle-ci, une stratégie de choix se dégage soit le *coaching* mobilisateur. L'objectif global de la recherche s'inscrit ainsi : décrire les expériences vécues en lien avec les processus de mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur par des infirmières gestionnaires. Les cinq objectifs spécifiques qui découlent des principaux éléments ressortis de la recension des écrits pour devenir un

gestionnaire-coach sont : (1) de décrire les compétences des infirmières gestionnaires utilisées lors de la mise en oeuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur, (2) de décrire les effets escomptés de l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires, (3) d'identifier comment les infirmières gestionnaires ont développé leur stratégie de *coaching* mobilisateur dans leur unité de soins (4) d'identifier des situations ou contextes et obstacles plus ou moins favorables au *coaching* mobilisateur et (5) d'identifier et de décrire les attentes que peuvent avoir les cadres supérieurs en lien avec la dimension du *coaching* mobilisateur du travail des infirmières gestionnaires.

## CHAPITRE 3 LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans le contexte actuel, il serait souhaitable que le *coaching* soit utilisé par le gestionnaire infirmier *leader* transformationnel comme une stratégie de choix dans le but de mobiliser les équipes de soins. Or, à notre connaissance, aucun cadre théorique ou de référence n'a été identifié dans la littérature afin de préciser les concepts liés à la stratégie de *coaching* mobilisateur du gestionnaire infirmier. Ainsi, il a été dégagé des écrits un idéal type de gestionnaire-*coach* infirmier. Pour ce faire, deux modèles théoriques ont été utilisés, la théorie *Nursing as caring* de Boykin et Schoenhofer (1993, 2001a) et le modèle conceptuel du RNAO (2007) sur le développement et le maintien du *leadership*. À ces deux modèles, s'ajoutent des éléments de la revue des écrits sur le *coaching* et des éléments du modèle de mobilisation de Laflamme *et al.* (1996).

Le premier modèle utilisé est une théorie de la science infirmière découlant de l'école du *caring*. Les théoriciennes de cette école soulignent la nécessité d'accorder la primauté au *caring*, qui représente « une manière fondamentale d'être dans le monde et un idéal moral » (Kérouac *et al.*, 2003, p. 51). Le *caring*, en plus de guider la pratique infirmière, peut également guider l'administration des soins infirmiers. À cet effet, la théorie *Nursing as caring* de Boykin et Schoenhofer (1993, 2001a) offre une perspective intéressante. Pour ces auteures, le *caring* est l'expression altruiste de l'amour et la reconnaissance des valeurs qui y sont liées (Boykin & Schoenhofer, 2006). L'infirmière gestionnaire représente une personne qui crée un climat de *caring* dans l'organisation (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001a; Nyberg, 1998).

Le deuxième modèle représente le modèle conceptuel du RNAO (2007) sur le développement et le maintien du *leadership* transformationnel. Tel que vu dans la recension des écrits, ce modèle comprend cinq pratiques ou lignes directrices en *leadership* transformationnel. Pour chacune de ces pratiques, une liste des compétences et des comportements essentiels a été élaborée par le RNAO à partir de leur revue des écrits sur le sujet. L'objet du présent chapitre consiste à cibler les compétences et les

comportements du *leader* transformationnel susceptibles d'éclairer la description de la stratégie de *coaching* et, par le fait même, le phénomène de gestionnaire-*coach* mobilisateur infirmier.

La combinaison de ces deux modèles, à l'aide de leurs dimensions ciblées, et les caractéristiques du gestionnaire mobilisateur de Laflamme *et al.* (1996) et du gestionnaire-*coach* permet d'arriver à un cadre de référence intégrateur servant à baliser la présente recherche et de répondre ainsi à ses objectifs.

### **3.1 Le *caring* et l'administration des soins infirmiers**

Les théories en sciences infirmières, en plus de guider la pratique clinique des infirmières, peuvent guider la pratique de l'administration des soins par les infirmières gestionnaires et ainsi, procurer une vision de l'organisation et de leur pratique (Parker, 2006). En effet, la pratique de l'administration des soins infirmiers se voit influencer par une philosophie, des valeurs, des théories et des connaissances (Nyberg, 1998). Ceci souligne l'importance d'une administration des soins infirmiers effectuée par une infirmière (Boykin & Schoenhofer, 2001b). De fait, l'infirmière gestionnaire considère les soins infirmiers comme étant une discipline ayant ses propres connaissances et ainsi, elle est en mesure de bien communiquer la contribution des soins infirmiers à la réussite des objectifs de l'organisation (Boykin & Schoenhofer, 2001). Ces auteurs ajoutent que sans une vision claire des soins infirmiers et de leur rôle unique dans les soins de santé, l'infirmière gestionnaire sera incapable de détenir un discours cohérent et d'en faire la promotion dans l'organisation. L'expression « administration des soins » suppose alors un ancrage dans la discipline infirmière et sa pratique relève d'une conception particulière des soins (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001a).

Avant de décrire la théorie *Nursing as caring* de Boykin et Schoenhofer servant de premier modèle, il s'avère intéressant d'aborder l'approche *caring* de Nyberg (1998) en administration des soins infirmiers dans laquelle l'auteure s'est inspirée de la théorie du *caring* de Watson.

### 3.1.1 L'approche *caring* en administration des soins infirmiers de Nyberg

Nyberg (1998) propose une approche de *caring* pour l'administration des soins infirmiers. Selon elle, les infirmières gestionnaires peuvent faire une différence dans la façon dont les infirmières pratiquent, et ce, en développant un environnement de travail qui encourage l'autonomie, la créativité et la pratique infirmière de *caring*. Le *caring* s'applique autant au *caring* des infirmières qu'au *caring* des patients. Elle le définit comme étant un engagement interactif dans lequel une personne est capable, par un concept de soi fort et une ouverture aux besoins des autres, d'adopter des comportements de *caring* afin de favoriser la croissance de l'autre, individu ou groupe, dans l'environnement organisationnel (Nyberg, 1998).

Nyberg (1998) propose un modèle dans lequel le *caring*, aux côtés de la théorie des organisations, la théorie du *leadership*, la théorie économique, l'éthique, les valeurs, la recherche et l'efficacité organisationnelle, amène une administration des soins infirmiers basée sur le *caring*. Ce modèle promeut des *leaders* infirmiers avec une attitude de *caring* dans leur quotidien et les infirmières gestionnaires sont perçues comme étant des facilitateurs du *caring* dans l'organisation.

Dans son approche, Nyberg (1989, 1998) soutient que les infirmières gestionnaires sont amenées à développer des habiletés afin de favoriser l'adoption de comportements de *caring*. En effet, les infirmières gestionnaires doivent être capable d'agir selon les priorités et de démontrer un engagement, une confiance en elles et de l'ouverture (par des comportements tels que l'écoute, solliciter les commentaires, être attentive au non-verbal et poser les bonnes questions). Par ailleurs, ces infirmières gestionnaires ont la capacité de mettre en valeur le potentiel des autres.

Les infirmières gestionnaires détiennent également des responsabilités en regard du *caring* (Nyberg, 1989, 1998), dont le fait d'avoir une compréhension du *caring* comme étant une philosophie et une éthique à établir par des processus organisationnels et des

structures de même qu'elles doivent manifester des comportements de *caring* dans ses relations avec les autres.

Ces explications de l'approche de Nyberg amènent un éclairage plus complet sur le *caring* en lien avec l'administration des soins infirmiers. Suit maintenant la théorie de Boykin et Schoenhofer (1993, 2001a).

### **3.1.2 La théorie *Nursing as caring* de Boykin et Schoenhofer**

L'essence des soins infirmiers consiste à prendre soin des personnes vivant et évoluant dans le *caring* (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001a). Selon la théorie de Boykin et Schoenhofer, le *caring* représente une expression du soin et la présence authentique de l'infirmière avec une personne vivant du *caring* et se développant par le *caring*. L'infirmière s'efforce de connaître l'autre et cherche ainsi à comprendre comment la personne peut être soutenue et aidée dans son unique processus de vie et de croissance.

La conception de Boykin et Schoenhofer repose sur certains postulats : la personne, du fait qu'elle est un être humain, est prédisposée au *caring*; elle le fait à un moment ou l'autre; le développement de la personne représente un processus de vie ancré dans le soin et qui augmente lorsqu'elle participe à des relations de *caring* (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001a).

Selon la théorie *Nursing as caring*, la personne est vue comme étant un être humain complet, toujours en croissance et qui vise un état d'être optimal (Kérouac et al., 2003). Toute personne, dans sa qualité d'être humain, est capable de *caring*. L'environnement représente la « situation de soins », c'est-à-dire le contexte de réalisation des soins infirmiers et le savoir infirmier provient de l'expérience partagée entre l'infirmière et la personne soignée (Kérouac, et al., 2003). La situation de soins est une expérience partagée dans laquelle le *caring* entre l'infirmière et la personne soignée améliore leur développement personnel (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001a). La santé, pour sa part, est considérée comme « un état d'être optimal, de plénitude qui résulte d'une croissance

continue et qui s'exprime à travers ses relations de *caring* au jour le jour » (Kérouac, et al., 2003, p. 56). Quant aux soins infirmiers, ils permettent une expérience partagée de *caring* entre l'infirmière et la personne pendant laquelle le sentiment d'être de la personne augmente (Kérouac, et al., 2003).

Dans leur conception du *caring* en gestion des soins infirmiers, les auteures Boykin et Schoenhofer associent ce concept à un nouveau type de *leadership* exercé par la gestionnaire favorisant ainsi la qualité des soins tout en assurant le bien-être du personnel soignant (Kérouac, et al., 2003). Les infirmières gestionnaires, de par leur position leur permettant d'explicitier la conception des soins infirmiers en tant que *caring*, créent une culture de croissance et de développement dans l'organisation (Boykin & Schoenhofer, 2006). Dans une philosophie de gestion axée sur le *caring*, l'infirmière gestionnaire met l'emphase sur des actions visant la création d'un environnement favorable au soutien et à l'appui des personnes partageant l'expérience de *caring* tout en actualisant une philosophie de *caring* dans l'organisation (Boykin & Schoenhofer, 2001b; Kérouac, et al., 2003).

Ainsi, selon ces théoriciennes de l'école du *caring*, « ce concept est la pierre angulaire d'une philosophie qui reconnaît le potentiel d'autonomie, de croissance, de développement et de réalisation de soi et des autres. C'est un mode de pensée axé sur des valeurs humanistes » (Kérouac, et al., 2003, p. 153-154). C'est ainsi que la personne prend soin d'elle et des autres par des comportements de confiance, de respect, de soutien, d'aide et d'empathie (Kérouac, et al., 2003).

### **3.2 Le modèle du RNAO sur le développement et le maintien du *leadership* transformationnel**

Le premier chapitre présente l'infirmière gestionnaire comme une personne qui a pour rôle officiel de diriger et de guider le travail que d'autres employés accomplissent et idéalement de gérer « humainement » le personnel. Le gestionnaire est investi, par l'établissement pour lequel il travaille, de l'autorité et de la responsabilité d'exécuter les

décisions et de faire respecter les directives. Or, la littérature précise que le gestionnaire doit être un *leader* c'est-à-dire être capable de diriger les actions de d'autres employés; il exerce une influence. Grâce à ses facultés de vision et de perception, il est considéré comme un *coach* que l'on souhaite suivre. En d'autres mots, le gestionnaire est la personne qui prend les bonnes décisions et le gestionnaire *leader* transformationnel est la personne qui met en place un environnement de travail sain, qui fait bien prendre et qui guide bien les bonnes décisions.

Le RNAO a développé un modèle très inspirant et qui balisera cette recherche.

**Un *leadership* infirmier transformationnel :**

- Est un ingrédient essentiel à la réalisation d'un environnement de travail sain pour les infirmières ;
- Influence et contribue à une organisation et à une communauté de soins en bonne santé ;
- Est influencé par la culture organisationnelle, les valeurs et les sources d'appui;
- Est formé par les ressources et les caractéristiques personnelles de chaque individu ;
- Est influencé par les contextes politiques, socioculturels et professionnels.

*Figure 2.* Les caractéristiques d'un *leadership* infirmier transformationnel (RNAO, 2007, p. 26)

## Modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership

Le modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership organise et guide la discussion au sujet des recommandations. Il offre un modèle afin de comprendre les pratiques en leadership nécessaires à l'obtention de milieux de travail sains, ainsi que les soutiens organisationnels et les ressources personnelles qui mettent en œuvre ces pratiques en leadership efficaces.



Figure 2 – Modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership

Figure 3. Le modèle conceptuel pour le développement et le maintien du *leadership* du RNAO (2007) p. 24

Chacune des cinq lignes directrices pour la pratique en *leadership* transformationnel a fait l'objet d'une description détaillée dans la recension des écrits. Quant au présent chapitre, il cible les quatre premières pratiques susceptibles de guider cette recherche dont l'objectif global est de décrire les expériences vécues en lien avec les processus de mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les *leaders* infirmiers transformationnels.

### 3.2.1 Ligne directrice 1 : Établir des rapports et des liens de confiance

La confiance est fortement reliée au style de *leadership* transformationnel (RNAO, 2007). D'ailleurs, la confiance a été mise en relation avec les capacités, l'influence perçue et l'intégrité du *leader*. Le *leader* transformationnel prouve qu'il a à cœur les intérêts des autres, y compris la volonté de les aider à croître sur les plans professionnel et personnel. Le Tableau 4 présente certaines compétences essentielles et des comportements types associés à cette ligne directrice.

Tableau 4

Compétences essentielles et comportements types pour établir des rapports et des liens de confiance (RNAO, 2007, p. 35-36)

Compétences essentielles	Comportements types
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers font preuve d'intégrité et d'équité et en sont un modèle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils réfléchissent sur leurs propres valeurs et objectifs et ils les partagent ouvertement;</li> <li>• Ils assument leurs responsabilités et admettent ouvertement leurs erreurs;</li> <li>• Ils respectent leurs engagements</li> <li>• Ils font preuve d'un comportement éthique en tout temps;</li> <li>• Ils recueillent des données et examinent les problèmes sous tous leurs angles;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers font preuve d'attention, de respect et d'intérêt envers les autres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils écoutent sans juger ou critiquer;</li> <li>• Ils cherchent à comprendre ce qui importe aux autres et y réagissent comme il convient;</li> <li>• Ils reconnaissent la valeur des autres et célèbrent leurs réussites;</li> <li>• Ils développent et mettent en œuvre des politiques et des processus qui font la promotion de la santé, de la sécurité et du bien-être des infirmières;</li> <li>• Ils respectent l'équilibre vie professionnelle-personnelle et en sont un modèle;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers créent un sentiment de présence et d'accessibilité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils communiquent fréquemment et assurent un contact personnel;</li> <li>• Ils demeurent visibles et accessibles aux autres.</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers communiquent efficacement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils communiquent clairement, ouvertement, honnêtement et fréquemment;</li> <li>• Ils écoutent de façon interactive et font preuve de compréhension envers les opinions des autres;</li> <li>• ...</li> </ul>

Les <i>leaders</i> en soins infirmiers bâtissent des relations de collaboration et encouragent le travail d'équipe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils cherchent et reconnaissent la participation de tous;</li> <li>• Ils reconnaissent la légitimité des intérêts des autres et discutent de la concordance des intérêts;</li> <li>• Ils donnent et reçoivent de l'aide et de l'assistance;</li> <li>• Ils évaluent l'efficacité du travail en collaboration;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers font preuve de passion et de respect envers la profession infirmière, ses valeurs, ses connaissances et ses réussites.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils font preuve d'un engagement exceptionnel envers les soins, la justice, l'honnêteté, le respect et l'intégrité;</li> <li>• Ils préconisent les soins et les milieux de pratique de qualité et donnent la priorité aux patients;</li> <li>• Ils reconnaissent et encouragent la contribution des infirmières envers les patients, les organisations et les communautés;</li> <li>• Ils appuient le développement des connaissances en soins infirmiers;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers gèrent les conflits de façon efficace.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils reconnaissent et traitent les conflits;</li> <li>• Ils développent et utilisent une gamme d'aptitudes de résolution de conflits;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers prouvent qu'ils sont compétents dans leur rôle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils entretiennent et appliquent les connaissances actuelles en sciences infirmières, en <i>leadership</i> et toutes autres connaissances;</li> <li>• Ils abordent les préoccupations et les problèmes;</li> <li>• Ils prennent la responsabilité des gestes et des résultats;</li> <li>• ...</li> </ul>

Au niveau de cette pratique, les *leaders* sont invités à faire preuve d'intégrité, d'équité, d'attention, de respect et d'intérêt envers les autres. Ils promeuvent des pratiques favorisant la santé, la sécurité et le bien-être des infirmières. Par leur présence et leur accessibilité, ils savent communiquer efficacement avec le personnel et les écouter. Les *leaders* transformationnels infirmiers promeuvent également la collaboration et le travail d'équipe et ils recherchent la participation de tous. Finalement, ils démontrent un fort intérêt et respect pour la profession infirmière de même que pour ses valeurs et ses connaissances.

### 3.2.2 Ligne directrice 2 : Créer un milieu de travail habilitant

L'habilitation survient lorsque l'organisation fait participer son personnel et répond à cet engagement en manifestant un intérêt et une intention mutuels à favoriser la croissance. Les *leaders* transformationnels en soins infirmiers permettent l'habilitation en partageant leur vision et leurs valeurs par des dialogues avec les infirmières. Ils créent également les conditions structurelles nécessaires à l'habilitation en maximisant l'autonomie et la croissance personnelle et professionnelle du personnel de soins.

Tableau 5

Compétences essentielles et comportements types pour créer un milieu de travail habilitant (RNAO, 2007, p. 39-40)

Compétences essentielles	Comportements types
<p>Les <i>leaders</i> en soins infirmiers maximisent les occasions d'autonomie et de croissance personnelle et professionnelle des infirmières.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils créent un milieu d'apprentissage qui permet la pratique réflexive et le partage des responsabilités;</li> <li>• Ils démontrent de la confiance envers les autres en déléguant de façon efficace;</li> <li>• Ils encadrent, agissent à titre de mentor et guident;</li> <li>• Ils donnent, de façon constructive, autant de rétroaction négative que positive;</li> <li>• Ils utilisent l'expérience comme une possibilité d'apprentissage;</li> <li>• Ils favorisent le développement des connaissances, des aptitudes et du jugement;</li> <li>• Ils offrent des expériences afin de développer leur jugement, la prise de risque et l'innovation;</li> <li>• ...</li> </ul>
<p>Les <i>leaders</i> en soins infirmiers maximisent l'accès aux données et aux renseignements nécessaires pour fonctionner efficacement et favorisent leur mise en pratique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils partagent la vision et les valeurs personnelles de même que la vision et les valeurs organisationnelles;</li> <li>• Ils appliquent de façon critique les connaissances fondées sur la théorie et la recherche en soins infirmiers;</li> <li>• Ils favorisent le développement, le partage et l'application des connaissances et des stratégies fondées sur les données probantes;</li> <li>• ...</li> </ul>
<p>Les <i>leaders</i> en soins infirmiers créent les conditions propices pour que les infirmières aient accès aux soutiens, à la rétroaction et aux conseils des</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils cherchent à comprendre les styles de pensée, d'apprentissage et de travail d'autrui;</li> <li>• Ils créent des structures et des processus qui permettent les interactions;</li> <li>• Ils soutiennent les infirmières affectées par des expériences ou des événements survenus au travail;</li> </ul>

supérieurs, des pairs et des subordonnés et qu'elles les mettent en pratique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers facilitent l'accès des infirmières aux ressources comme les documents, l'argent, les fournitures, l'équipement, leur permettant de les mettre en pratique de manière adéquate et leur donner le temps nécessaire pour remplir leur rôle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils minimisent les contraintes bureaucratiques afin d'accéder aux ressources;</li> <li>• Ils écartent les obstacles à l'atteinte des résultats;</li> <li>• Ils offrent et utilisent l'aide budgétaire, la formation, le temps et les outils d'aide à la décision nécessaires afin d'atteindre les buts et les objectifs;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers renforcent la signification du travail infirmier.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils promeuvent la contribution des soins infirmiers en ce qui a trait aux résultats pour les patients et l'organisation;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers permettent aux autres de participer à la prise de décision.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils sollicitent la participation générale des autres;</li> <li>• Ils créent des structures et des processus qui permettent de participer à la prise de décision;</li> <li>• Ils respectent les décisions en y apportant leur soutien.</li> </ul>

Les *leaders* mettent en place des conditions propices à l'autonomie, à l'apprentissage et à la croissance personnelle et professionnelle des infirmières en les encadrant, en les guidant et en leur procurant de la rétroaction. Ils partagent leur vision et leurs valeurs autant personnelles qu'organisationnelles et ils facilitent l'accès des infirmières aux ressources et aux données tout en favorisant leur mise en pratique. Par ailleurs, ils accordent de l'importance à la signification du travail infirmier en promouvant la contribution des soins infirmiers aux résultats pour les patients et l'organisation.

### **3.2.3 Ligne directrice 3 : Créer une culture qui appuie le développement des connaissances et leur intégration**

Les *leaders* transformationnels influencent les valeurs d'apprentissage organisationnelles en créant une atmosphère d'ouverture et de sécurité psychologique. La création d'un apprentissage organisationnel exige la mise en place d'un milieu propice à la création, au partage et à l'utilisation des connaissances.

Tableau 6

Compétences essentielles et comportements types pour créer un milieu qui appuie le développement et l'intégration des connaissances (RNAO, 2007, p. 44-45)

Compétences essentielles	Comportements types
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers favorisent les normes et les pratiques qui appuient la participation générale au développement, au partage et à la diffusion des connaissances.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils favorisent les occasions de penser et d'apprendre;</li> <li>• Ils encouragent le partage, entre les infirmières, de l'expertise clinique et du <i>leadership</i>;</li> <li>• Ils gèrent la croissance personnelle en défiant de façon objective les comportements et les croyances;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers offrent une infrastructure technique, informationnelle et éducative pour appuyer l'apprentissage.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils appuient le perfectionnement et l'apprentissage professionnels continus;</li> <li>• Ils donnent accès à une variété de documents et de renseignements;</li> <li>• Ils encouragent l'utilisation d'outils d'aide à la décision;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers créent un milieu de communication ouverte et de travail d'équipe qui valorise la contribution des autres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils encouragent la résolution de problème collective;</li> <li>• Ils établissent des structures et des processus afin d'encourager la discussion des problèmes ou des idées;</li> <li>• Ils favorisent la circulation de l'information et des idées à divers échelons au moyen de pratiques formelles et non formelles;</li> <li>• Ils mettent les réussites en évidence;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers insufflent une approche d'apprentissage pour une amélioration continue de la qualité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils fournissent une rétroaction efficace;</li> <li>• Ils permettent aux infirmières d'agir;</li> <li>• Ils insufflent un sentiment fort de responsabilité personnelle en matière de contrôle de la qualité;</li> <li>• Ils utilisent la réflexion critique pour produire et valider des connaissances;</li> <li>• ...</li> </ul>

Pour le développement et l'intégration des connaissances, les *leaders* mettent en place des conditions favorables à l'apprentissage telles qu'encourager le partage de l'expertise clinique entre les infirmières, appuyer le perfectionnement et l'apprentissage professionnels continus et fournir de la rétroaction efficace. Ils créent un milieu de communication ouverte et de travail d'équipe.

### 3.2.4 Ligne directrice 4 : Diriger et maintenir le changement

Les *leaders* en soins infirmiers jouent un rôle important dans la réussite des changements au sein des organisations. Un changement voit ses chances de réussite augmenter lorsque le *leader* développe en premier lieu une vision pour le changement pour ensuite la partager avec les autres afin d'obtenir leur soutien. Le personnel doit également être engagé dans toutes les phases du processus de changement et bénéficier d'un soutien de la part du *leader*.

Tableau 7

Compétences essentielles et comportements types pour diriger et maintenir le changement (RNAO, 2007, p. 48-50)

Compétences essentielles	Comportements types
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers créent une vision commune du changement continu en collaboration avec les intervenants et les experts.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils réfléchissent sur les attitudes personnelles et les aptitudes en ce qui concerne le changement et la gestion du changement;</li> <li>• Ils questionnent le statu quo et défient les suppositions, les valeurs, les structures et les processus;</li> <li>• Ils appliquent les données probantes aux initiatives de changement;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers font participer les intervenants et les experts à la planification, à la conception et à la modification du changement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils cherchent à obtenir la participation du personnel et du syndicat tôt dans le processus;</li> <li>• Ils font participer au processus les personnes touchées par le changement;</li> <li>• Ils définissent clairement les comportements attendus;</li> <li>• Ils engagent les intervenants à s'approprier le changement;</li> <li>• Ils font preuve de respect et de reconnaissance envers l'expertise et les talents individuels qui ont contribué au changement;</li> <li>• Ils encouragent la croyance selon laquelle les changements peuvent être accomplis et créent une occasion de possibilité;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers développent et mettent en œuvre des mécanismes de rétroaction, de mesure et de modification en cours de changement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils définissent les buts mesurables et les mécanismes de suivi des progrès;</li> <li>• Ils sollicitent la rétroaction et les perceptions des employés en ce qui concerne le changement, formellement et informellement;</li> <li>• Ils créent des occasions de rétroaction (formelle ou non) et ils utilisent des techniques d'écoute active;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils établissent des liens de confiance et offrent du soutien</li> </ul>

infirmiers appuient, encadrent et agissent à titre de mentor auprès d'autrui afin de réussir la mise en œuvre du changement.	<p>afin d'accroître l'action collective par rapport au changement;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils restent près de l'expérience des partisans, à proximité de l'endroit où les changements ont lieu;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers engagent les autres en partageant la vision du changement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils transforment le changement causé par une crise en une occasion de changement plutôt qu'une menace;</li> <li>• Ils démontrent un engagement envers le changement;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers offrent une communication tout au long du processus de changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils tiennent régulièrement à jour les divers intervenants;</li> <li>• ...</li> </ul>
Les <i>leaders</i> en soins infirmiers soutiennent la motivation vis-à-vis de l'initiative de changement, et ce, à toutes les étapes du changement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils mettent la nouvelle initiative en œuvre au sein des opérations courantes;</li> <li>• Ils parlent honnêtement du changement – les choses ne vont pas se « tasser » puisque d'autres changements sont toujours à venir;</li> <li>• ...</li> </ul>

Afin de diriger et de maintenir le changement, les *leaders* infirmiers doivent d'abord créer une vision commune du changement et la partager pour ensuite faire participer le personnel dans les différentes phases du projet pendant lesquelles ils appuient et encadrent le personnel et ils agissent à titre de mentor. Pendant la durée du changement, le *leader* doit veiller à mettre en œuvre des mécanismes de rétroaction, de mesure et de modification.

### **3.3 Le cadre de référence intégrateur pour un gestionnaire-coach mobilisateur infirmier**

La description de ces deux modèles a fait ressortir des dimensions importantes. Premièrement, selon Boykin et Schoenhofer (1993, 2001a) le *caring* représente la présence authentique de l'infirmière auprès d'une personne qui vit et qui se développe dans le *caring* et l'infirmière soutient et aide cette personne dans son processus de vie et de croissance. L'infirmière gestionnaire, quant à elle, voit à la mise en place d'un environnement favorable à ce soutien et à cet appui des personnes qui partagent une

expérience de *caring*, infirmières et personnes soignées, de même qu'elle voit à actualiser une philosophie de *caring* dans l'organisation (Boykin & Schoenhofer, 2001b). Le *caring* est associé à une philosophie prônant l'autonomie, la croissance, le développement de soi et des autres et des valeurs humanistes (Kérouac, et al., 2003).

Ensuite, du côté du modèle sur le *leadership* transformationnel du RNAO (2007), un *leader* en soins infirmiers est invité à posséder des compétences et à manifester des comportements au quotidien tels que du respect envers les autres et la profession infirmière, être présent, communiquer honnêtement et fréquemment, prôner le travail d'équipe, favoriser la croissance personnelle et professionnelle, créer des conditions favorables à l'apprentissage, créer une vision commune du changement, faire participer le personnel aux différentes étapes du changement, les encadrer et assurer de la rétroaction.

Il importe de préciser que des compétences du modèle du RNAO concordent avec certaines compétences et comportements du gestionnaire mobilisateur du modèle de Laflamme *et al.* (1996). En effet, ces auteurs ont élaboré un modèle de mobilisation du personnel dans le cadre de leurs travaux à l'Institut de gériatrie de Sherbrooke dans les années 1990. Après avoir interrogé des cadres principalement provenant de la direction des soins infirmiers, il appert que le gestionnaire mobilisateur doit adopter un style de *leadership* où il fait preuve de respect, communique, assure une rétroaction descriptive et offre du soutien et de l'appui. Il doit également faire en sorte que le potentiel des autres est mis en valeur, que le travail représente un défi, que la notion d'équipe est prônée et qu'il existe une marge de manœuvre dans le travail. Ce style de *leadership* se rapproche étroitement des qualités de *coach* et plus particulièrement des gestionnaires-*coachs*. D'ailleurs, Mathieu et Mayrand Leclerc (2002) soutiennent que le gestionnaire d'aujourd'hui a avantage à passer d'un style de gestion axé sur le contrôle à un style *coaching* dans lequel il accompagne, donne de la rétroaction et du soutien.

L'intégration de la théorie *Nursing as caring* de Boykin et Schoenhofer (1993, 2001a) et du modèle sur le développement et le maintien du *leadership* transformationnel du RNAO (2007) permet d'arriver à un cadre de référence intégrateur permettant de baliser

la description des expériences vécues en lien avec les processus de mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires. Des caractéristiques associées au gestionnaire-*coach* de même que des compétences et des comportements de mobilisation de Laflamme *et al.* (1996) s'ajoutent au cadre de référence intégrateur afin de le compléter et de tenter de décrire le phénomène de gestionnaire-*coach* mobilisateur infirmier.

La figure 4 illustre le schéma du cadre de référence intégrateur du profil idéal d'un gestionnaire-*coach* mobilisateur infirmier. D'abord, le gestionnaire-*coach* mobilisateur est infirmier, il énonce alors une vision de *caring* administratif et prône des valeurs en ce sens. Afin de faire vivre cette vision, le gestionnaire-*coach* utilise des compétences associées au *coaching*, c'est-à-dire des compétences pédagogiques, relationnelles et de visionnaire. Le gestionnaire-*coach* accompagne et guide ses employés en plus de développer des compétences liées au *leadership* transformationnel. Ces dernières se concrétisent par des comportements au quotidien et plus particulièrement par la stratégie de *coaching* mobilisateur. Cependant, l'utilisation de cette stratégie se fait parfois dans des conditions plus ou moins favorables. Ces conditions d'exercice des infirmières gestionnaires ont fait l'objet d'une description au chapitre de la problématique. Finalement, par la mise en œuvre de cette stratégie de *coaching* mobilisateur, le gestionnaire-*coach* peut s'attendre à des effets auprès des employés et des équipes dont la croissance et le développement personnel et professionnel, le développement de l'autonomie, le développement des compétences, l'engagement et la mobilisation.

## Le gestionnaire-*coach* mobilisateur infirmier

énonce

Une vision de *caring* administratif et des valeurs (Boykin et Schoenhofer (1993, 2001a):

- Favorise l'humanisme
- Prend soin
- Crée une culture de croissance, de développement et d'autonomie
- Crée un environnement favorisant le soutien des personnes vivant du *caring*

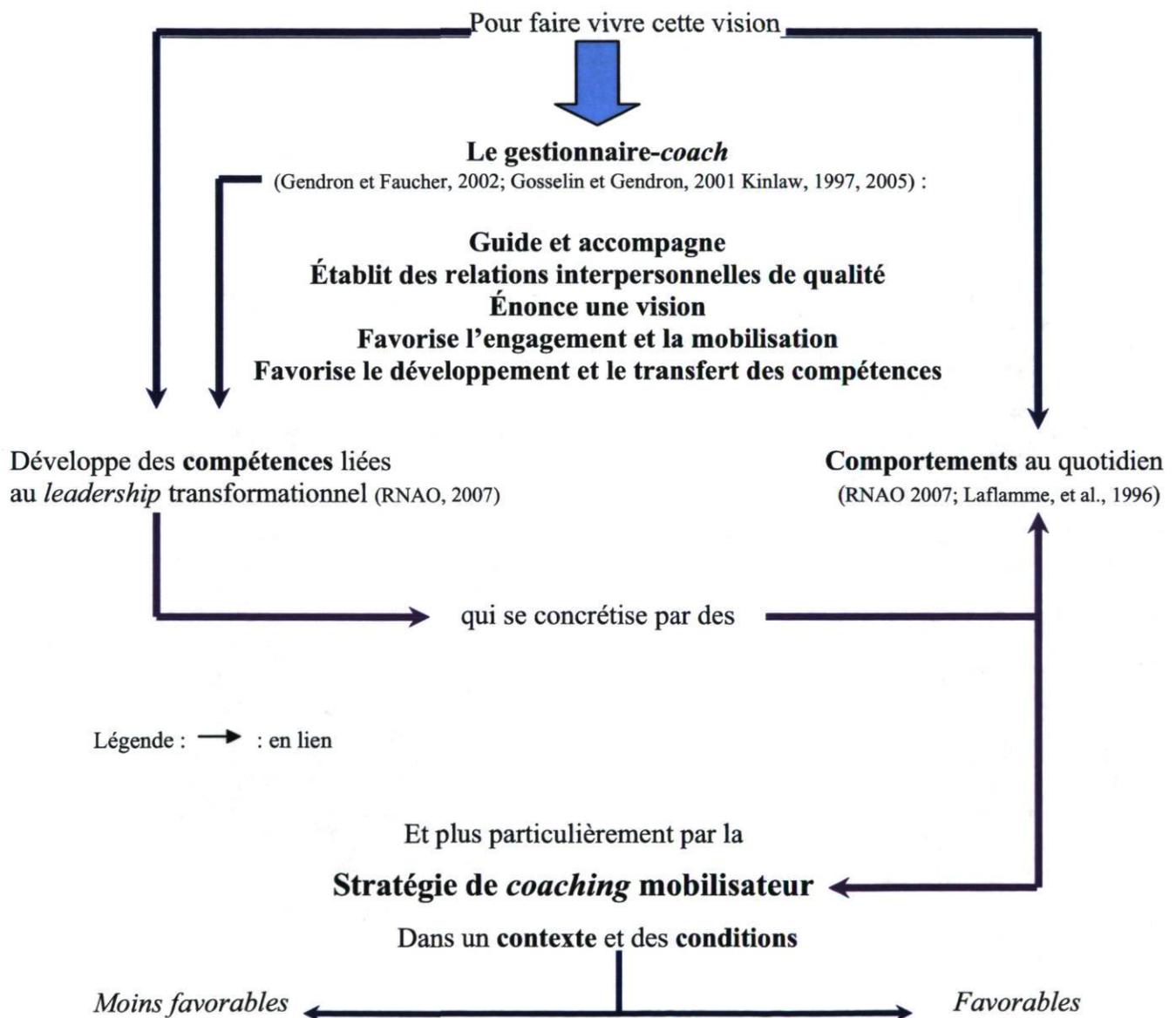


Figure 4. Le profil idéal du gestionnaire-*coach* mobilisateur infirmier (Thivierge, 2011)

## CHAPITRE 4 LA MÉTHODE

Ce quatrième chapitre présente d'abord l'approche qualitative descriptive et d'inspiration phénoménologique comme méthode principale de recherche. Par la suite, il aborde le principal outil de collecte de donnée soit l'entrevue individuelle semi-dirigée ainsi que l'élaboration du guide. Le milieu et l'échantillon de la recherche sont décrits de même que la méthode d'analyse des données. Finalement, les critères de scientificité et les considérations éthiques terminent ce quatrième chapitre.

### 4.1 La justification du type de recherche

Tel que mentionné préalablement dans la recension des écrits, le *coaching* en tant que stratégie de mobilisation du personnel utilisée par le *leader* transformationnel est un sujet d'étude peu exploré à ce jour. L'approche qualitative devient ainsi pertinente pour ce genre d'étude qui se veut descriptive et d'inspiration phénoménologique.

La recherche qualitative, associée au paradigme constructiviste, se centre sur la façon dont les êtres humains donnent un sens à leur réalité subjective et y attachent une signification (Boyd, 1990). Dans ce paradigme, la connaissance émerge d'un processus humain continu de construction et de reconstruction (Levy, 1994). Ainsi, la connaissance prend forme à l'intérieur des interactions où sujet-objet-projet sont incorporés. Quant à l'approche phénoménologique, elle concerne l'étude de l'expérience vécue à propos d'un phénomène (Boyd, 1990; Creswell, 1998). Cette approche s'intéresse à la façon dont une personne expérimente un phénomène (Creswell, 1998). En outre, la recherche qualitative d'inspiration phénoménologique s'applique à ce projet de recherche qui décrit les expériences vécues en lien avec les processus de mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur utilisée par des infirmières gestionnaires.

## 4.2 L'outil de collecte des données : l'entrevue semi-dirigée

Afin d'être en mesure de répondre aux objectifs de recherche, des entrevues individuelles semi-dirigées se sont déroulées auprès d'une population d'infirmiers et d'infirmières gestionnaires ainsi qu'auprès de leurs cadres supérieurs. Cet instrument de collecte de données permet d'explorer la perception et l'expérience des acteurs sur un sujet donné (Poupart, 1997). Par des interrogations, le chercheur amène le participant à décrire, à partir de sa propre expérience, le phénomène étudié ainsi que son contexte (Rousseau & Saillant, 1996). L'entrevue semi-dirigée signifie que le chercheur prépare son entrevue en proposant un ordre des interrogations et guide la conversation, sans toutefois l'imposer (Paillé, 1991). Le soin apporté à la conception de l'entrevue « peut faire la différence au niveau de la qualité des données recueillies et des analyses conduites » (Miles & Huberman, 2003, p. 72). L'entrevue est préparée tout en étant ouverte à la spécificité de la personne et à sa réalité. Le recours à un guide d'entrevue comporte ainsi des avantages. En effet, il rend l'entrevue plus prévisible et plus contrôlable de même qu'il permet d'obtenir les mêmes informations d'une entrevue à l'autre (Paillé, 1991). Ce guide d'entrevue contient des thèmes spécifiques et des pistes de sondage (*probes*). La prochaine partie expose les étapes de l'élaboration des deux guides d'entrevue (annexes 5 et 6).

### 4.2.1 L'élaboration du guide d'entrevue

Cette section traite de l'élaboration du guide d'entrevue semi-dirigée selon la méthode de Paillé (1991) qui comprend six étapes. La première étape consiste à élaborer une première version du guide en y inscrivant les points importants de la recension des écrits et du cadre de référence. Dans ce cas-ci, il s'agit d'éléments en lien avec le *coaching* et le *leadership* transformationnel tels que des compétences et des comportements. S'ajoutent à cela des éléments en lien avec le *caring* en administration des soins infirmiers. La deuxième étape est celle du classement des idées et de la réorganisation de l'information obtenue lors de la première étape en la regroupant sous différents thèmes et questions. La troisième étape sert à circonscrire les thèmes et à bien structurer le guide

d'entrevue. Ensuite, la quatrième étape consiste à approfondir les thèmes par une analyse de ceux-ci et des questions afin de s'assurer de leur clarté, cohérence et ouverture. À l'étape cinq, il y a ajout de sondes soit des réponses potentielles des participants selon les notions théoriques de la recension des écrits et du cadre de référence. Pour terminer, la finalisation du guide constitue la sixième étape. Il faut ainsi s'assurer que les thèmes, les questions et les sondes couvrent l'ensemble du sujet à explorer lors de l'entrevue, ici la stratégie de *coaching* mobilisateur utilisée par l'infirmière gestionnaire.

Différents éléments ont été abordés lors des entrevues individuelles semi-dirigées. D'abord, des questions en lien avec les compétences visaient à faire ressortir par le participant les compétences et les comportements mis en œuvre lorsqu'il coache et mobilise le personnel de soins. Pour répondre au deuxième objectif spécifique, le participant était invité à mentionner les effets qu'il recherche par l'adoption de la stratégie de *coaching* mobilisateur et les impacts réels qu'il perçoit sur ses équipes de soins. Le troisième objectif spécifique consiste à identifier comment les infirmières gestionnaires ont développé leur stratégie de *coaching* mobilisateur. Le participant était ainsi amené à parler de la formation qu'il a reçue de même que de ses expériences. Afin de répondre au quatrième objectif, le participant était invité à se projeter dans un monde idéal et à décrire la façon qu'il appliquerait sa stratégie de *coaching* pour ensuite identifier les obstacles et les contraintes qui l'en empêchent actuellement. Finalement, des questions en lien avec la vision et l'expérience à titre d'infirmière ont été posées. Ces questions rejoignent l'importance d'une vision infirmière dans la gestion des unités de soins (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001a) et tout *leader* transformationnel et mobilisateur est reconnu pour ses qualités de visionnaire (Stordeur & Viens, 2009; Tremblay, et al., 2005). Lors de l'analyse des données, il a été choisi de ne pas traiter les éléments de réponse en lien avec la vision et l'expérience à titre d'infirmière, car il n'y avait pas d'éléments théoriques suffisants pour interpréter ces propos.

En ce qui concerne le guide d'entrevue pour les cadres supérieurs, son élaboration a suivi les mêmes étapes mentionnées précédemment. Les entrevues semi-dirigées avec les cadres supérieurs visaient à répondre au dernier objectif spécifique de la recherche qui

consiste à identifier et à décrire les attentes que ceux-ci peuvent entretenir en lien avec la dimension *coaching* du travail des infirmières gestionnaires. Les questions étaient ainsi spécifiquement en lien avec les attentes qu'ils entretiennent à cet égard.

Suite à la passation au comité d'éthique de la recherche, certaines formulations de questions des deux guides d'entrevue ont dû être modifiées. En effet, le comité d'éthique nous invitait à privilégier l'angle de l'effet de mobilisation dans les questions aux participants plutôt que la stratégie « idéale » de *coaching*. Leur argumentaire soulevait d'une part, le risque d'occasionner une anxiété de performance chez les participants puisque la stratégie de *coaching* était susceptible d'être considérée comme étant « la bonne réponse » ou « la bonne méthode de gestion ». D'autre part, le comité d'éthique soulevait la nouveauté du sujet que représente le *coaching* pour les gestionnaires du réseau de la santé. Il s'avérait ainsi possible que les participants n'aient pas suivi de formation sur le *coaching* et qu'ils en connaissaient peu sur le sujet. Les questions des guides d'entrevue ont été modifiées en changeant le terme « *coaching* » par les termes utilisés dans leur milieu de travail soit « soutien », « accompagnement » et « mobilisation ». Cette terminologie correspondait à la littérature, car les deux premiers étant des synonymes de *coaching* et le dernier étant un effet de cette stratégie.

Afin de décrire les participants et de mieux comprendre leur réalité, un questionnaire incluant des données socio-démographiques et professionnelles a été élaboré. En effet, tel que mentionné dans le chapitre de la problématique, les infirmières gestionnaires exercent dans un milieu de travail complexe, interviennent auprès de plusieurs types de personnel et exercent dans un contexte qui peut rendre difficile l'application de la stratégie de *coaching* auprès des équipes de soins. Des questions en lien avec leur nombre d'années d'expérience, leur nombre d'employés à superviser, le nombre de sites où se fait leur travail et le nombre de courriels et téléphones reçus constituaient des informations pertinentes à obtenir afin d'effectuer une meilleure analyse des données. La prochaine section décrit l'échantillon de la recherche.

### 4.3 Le milieu et l'échantillon de la recherche

Dans le cadre de cette recherche, un CSSS de la région de Québec a été ciblé. Il s'agit d'un CSSS comprenant 21 sites, dont huit centres d'hébergement et environ 2 900 employés et 84 cadres intermédiaires y travaillent. Ce centre multisites prône, parmi ses énoncés de vision, un employeur apprécié par son personnel. Par un climat de travail épanouissant, l'organisation souhaite disposer d'une main-d'œuvre mobilisée et satisfaite de ses conditions de travail au quotidien. Il représentait ainsi un choix intéressant et pertinent vu le sujet étudié. En effet, depuis 2007, il est accrédité par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] comme étant un « établissement promoteur de santé ». Ce centre axe également ses actions selon le modèle *Planetree*. Il s'agit d'un regroupement international d'établissements de santé qui adhèrent à des principes fondamentaux axés sur l'humanisme, tant au niveau de la dispensation des services à la clientèle qu'au niveau de la gestion des personnes qui oeuvrent dans l'organisation. C'est donc dire que ce centre accorde une importance à une gestion basée sur des valeurs humaines, telles que le respect et la reconnaissance, qui favorisent un environnement propice au bien-être. Par ailleurs, face au contexte actuel de grande mouvance et de pénurie de main-d'œuvre, cet établissement a identifié des enjeux dont un qui a trait à la fidélisation et à la mobilisation du personnel. Pour répondre à cet enjeu, des axes d'intervention ont été ciblés : la gestion des équipes de travail fondée sur la décentralisation et la participation, le respect et la reconnaissance au quotidien, de même qu'une communication de qualité. À la lumière de ce qui caractérise ce centre, il ressort qu'il constituait un choix fort pertinent dans le cadre de cette recherche descriptive sur le *coaching* mobilisateur des infirmières gestionnaires.

Ensuite, les infirmières gestionnaires du secteur de l'hébergement de ce centre représentaient la population cible de cette recherche et elles étaient au nombre de 12. Ce secteur a procédé à une réorganisation du travail au cours des dernières années avec l'implantation de l'approche « milieu de vie » qui prône autant la qualité du milieu de vie pour les résidents que la qualité de vie au travail du personnel. Suite à cette implantation du milieu de vie qui s'est terminée en 2006, il s'avérait ainsi intéressant de pouvoir décrire la stratégie de *coaching* mobilisateur utilisée par les infirmières gestionnaires de

ce secteur. En effet, le phénomène à l'étude se voyait davantage susceptible de se retrouver chez ce groupe de personne. Il s'avérait également pertinent d'obtenir le point de vue des cadres supérieurs en lien avec la stratégie de *coaching* puisque la problématique souligne qu'il existe un écart entre le travail réel et le travail prescrit des infirmières gestionnaires et que, justement, les cadres supérieurs ont des attentes à l'égard de leur travail (Villeneuve, 2005).

Pour les entrevues, il était possible de rejoindre la population totale ciblée, c'est-à-dire l'ensemble des infirmières gestionnaires<sup>7</sup> du secteur de l'hébergement qui sont au nombre de 12 et leurs cadres de type supérieur qui sont au nombre de trois. Idéalement, la saturation « théorique » des données est le critère utilisé pour vérifier que la taille de l'échantillon a été optimisée (Talbot, 1995). Cependant, considérant les contraintes de temps, le contexte académique de cette recherche et un échantillon relativement peu élevé, ce niveau de redondance des données ou de saturation n'a pu être atteint dans ce cas-ci. Toutefois, il n'en demeure pas moins qu'un échantillon composé d'informateurs clés, représentés par les infirmières gestionnaires et leurs cadres supérieurs, permet une étude en profondeur du sujet (Patton, 1990 cité dans Talbot, 1995). Les critères d'inclusion et d'exclusion des participants sont présentés dans la prochaine partie.

#### **4.3.1 L'échantillon : critères d'inclusion et d'exclusion**

Afin de pouvoir participer à une entrevue individuelle, les candidats et les candidates devaient répondre à certains critères.

Pour les infirmières gestionnaires :

La participante est :

- Infirmier diplômé et membre en règle de l'OIIQ;
- Détenteur d'un poste cadre, non syndiqué;

---

<sup>7</sup> Les infirmières gestionnaires font référence aux cadres intermédiaires infirmiers qui désignent les coordonnateurs ou chefs d'unité de soins infirmiers, les chefs de programme et les coordonnateurs d'activités (MSSS, 2006).

- Responsable d'au moins une unité de soins;
- Passe la majorité de son temps à des activités de gestion;
- Responsable directement d'employés syndiqués;
- Titulaire d'un poste à temps complet ou partiel (travail à temps partagé inclus);
- Titulaire d'un poste de cadre intermédiaire infirmier clinique (infirmière-chef, chef de programme, coordonnateur ou chef d'unité de soins infirmiers, coordonnateur d'activités) dans le secteur de l'hébergement depuis plus d'un an;
- Capable de s'exprimer;
- Disponible et volontaire pour une période pouvant aller jusqu'à 90 minutes pour participer à une entrevue individuelle enregistrée.

Sont exclus :

- Les personnes affectées temporairement (intérim) à un poste de cadre intermédiaire;
- Les cadres intermédiaires non-infirmiers;
- Les gestionnaires d'activités sans responsabilité directe d'employés;
- Les infirmières gestionnaires en congé de maladie, en congé de maternité ou en congé sans solde;
- Toute personne n'étant pas disponible pour une entrevue individuelle.

Pour les cadres supérieurs :

Le participant est :

- Détenteur d'un poste de cadre de type supérieur dans l'organisation dans le secteur de l'hébergement depuis plus d'un an;
- Disponible et volontaire pour une période pouvant aller jusqu'à 60 minutes pour participer à une entrevue individuelle enregistrée.

Sont exclus :

- Toute personne détentrice d'un poste hors cadres (direction générale);
- Les personnes affectées temporairement (intérim) à un poste de cadre supérieur;
- Les cadres supérieurs en congé de maladie, en congé de maternité ou en congé sans solde;
- Toute personne n'étant pas disponible pour une entrevue individuelle.

#### **4.3.2 Le mode de recrutement des participants**

Une fois l'assentiment du centre ciblé (lettre d'appui des gestionnaires) et du comité d'éthique d'un CSSS de la région de Québec obtenu, deux représentantes de ce centre ont été identifiées. En effet, pour le recrutement des participants, la directrice générale et la

coordonnatrice de l'enseignement et de la recherche d'un CSSS de la région de Québec ont été approchées afin de valider leur intérêt à participer à cette recherche. Elles nous ont assuré de leur soutien. Ainsi, ces représentantes se sont occupées de contacter par courriel les participants répondant aux critères de sélection. Un courriel (annexe 7) a été envoyé à toutes les infirmières gestionnaires et aux cadres de type supérieur du secteur de l'hébergement. Ce courriel, dans lequel le guide d'entrevue était joint (annexes 5 et 6), invitait les gestionnaires à participer à cette recherche et à communiquer eux-mêmes avec l'étudiante-chercheuse, dont les coordonnées figuraient dans le courriel. À partir des coordonnées reçues par les candidats eux-mêmes, ces derniers étaient libres de communiquer ou non avec l'étudiante-chercheuse pour une entrevue. Cette façon de procéder a permis d'assurer la confidentialité des personnes ayant participé aux entrevues. Un rappel par courriel a été acheminé une seconde fois à tous les candidats, et ce, 10 jours suivant l'envoi initial.

#### **4.4 L'analyse des données**

Dans le cadre de cette recherche, cinq entrevues ont été réalisées. Le nombre de candidats possibles d'infirmières gestionnaires du secteur de l'hébergement répondant aux critères d'admissibilité était au nombre de 12 tandis que le nombre de cadres de type supérieur répondants aux critères d'admission était au nombre de trois. Les entrevues individuelles semi-dirigées se sont déroulées de février à avril 2010. Chaque entrevue individuelle a été enregistrée avec le consentement du participant et retranscrite intégralement le plus tôt possible sous forme de verbatims. La durée moyenne des entrevues fut de 60 minutes. Aux verbatims, se sont ajoutées les notes méthodologiques et analytiques prises au cours et à la suite de l'entretien par l'entremise d'un journal de bord. De cette façon, le verbatim reflète autant le contenu des enregistrements que les notes prises durant les entrevues (liens, impressions, interactions, manifestations non verbales des participants, mention des extraits importants ainsi que des thèmes majeurs).

L'analyse des entrevues individuelles s'est effectuée à partir des quatre premières étapes de l'analyse par théorisation ancrée de Paillé (1994) soit (1) la codification, (2) la catégorisation, (3) la mise en relation et (4) l'intégration. Ce modèle a été choisi puisqu'il apparaissait être un des plus systématiques. Les dimensions du cadre de référence intégrateur (figure 4) sont d'ailleurs à la base de l'analyse. D'abord, la codification correspond à attribuer un code, c'est-à-dire une abréviation ou un symbole à un segment du verbatim (phrase ou paragraphe) (Huberman & Miles, 1991). Ces codes sont « des outils de recouvrement et d'organisation permettant à l'analyse d'identifier rapidement, d'extraire puis de regrouper tous les segments liés à une question, une hypothèse, un concept ou un thème donné » (Huberman & Miles, 1991, p. 96-97). Cette codification est préalable à une classification. Cette dernière sert à regrouper les codes selon les grands thèmes du cadre théorique tout en permettant de condenser les données et de les simplifier (Huberman & Miles, 1991). La mise en relation et l'intégration contribuent à donner un sens aux données codées et classifiées et à identifier les irrégularités, les explications et les *patterns* possibles. Quant aux deux dernières étapes de la théorisation ancrée, la modélisation et la théorisation, elles n'ont pas été mises à contribution dans le cadre de cette présente analyse puisque la recherche décrit un phénomène.

Somme toute, une approche qualitative de type phénoménologique a été utilisée comme méthode de recherche. Des entrevues individuelles semi-dirigées se sont déroulées auprès de cinq gestionnaires d'un CSSS de Québec. Cette recherche s'est réalisée de façon rigoureuse en adoptant des balises qui permettent d'assurer sa crédibilité et sa scientificité. Pour ce faire, les prochaines sections présentent les critères de scientificité et les considérations éthiques.

#### **4.5 Les critères de scientificité**

Cette section de la méthode présente les critères à partir desquels un degré maximal de scientificité a été assuré. Parmi ces critères, se trouvent ceux de validité tant interne qu'externe et de fiabilité.

#### 4.5.1 La validité interne et externe

La validité est une mesure qui permet d'évaluer l'efficacité de l'instrument de collecte de données, c'est-à-dire « la capacité d'apporter les information voulues » (Zelditch, 1969, p. 9, cité dans Poupart, et al., 1997, p. 97). La validité tant interne et qu'externe est évalué.

Tout d'abord, la validité interne « réside essentiellement dans la justesse et la pertinence du lien établi entre les observations empiriques et leur interprétation » (Laperrière, 1997). Dans ce cas-ci, elle est assurée de trois façons : par la prise en considération de la subjectivité humaine, par la concordance entre les observations empiriques et leur interprétation de même que par une codification précise, consistante et exhaustive des données (Laperrière, 1997). Premièrement, en ce qui concerne la prise en considération de la subjectivité humaine, elle est rendue possible par la tenue d'un journal de bord tout au long des entrevues. En effet, cette façon de procéder permet de constater les jugements ou influences émergeant au cours de la recherche afin de permettre l'exclusion d'un certain niveau de subjectivité lors de l'analyse. Deuxièmement, la concordance entre les observations empiriques et leur interprétation est assurée par la présence de sources variées permettant une triangulation des données (Denzin, 1978 cité dans Miles & Huberman, 2003). Ainsi, la collecte des données a été réalisée auprès de différentes sources d'information soit des infirmières gestionnaires et des cadres supérieurs. Troisièmement, la validité interne est également assurée par une codification rigoureuse et exhaustive des données obtenues lors des entrevues individuelles (Laperrière, 1997). Cette codification est validée par la directrice de ce mémoire. Finalement, le verbatim rend possible le retour au contenu original si nécessaire.

Ensuite, la validité externe est partiellement assurée. De fait, la validité externe réfère au degré de généralisation des résultats aux populations et lieux semblables (Cook & Campbell, 1979 cités dans Laperrière, 1997). Dans cette recherche, le contexte correspond à un secteur d'hébergement dans un CSSS. Les résultats ne sont ainsi

applicables qu'à une population d'infirmières gestionnaires en hébergement d'un CSSS et non à l'ensemble des gestionnaires des autres secteurs de la santé ou d'autres domaines publics. Toutefois, les caractéristiques du contexte et de la population étant connues, l'identification de situations similaires est possible. Par ailleurs, la validité externe se voit renforcé par le recours à un échantillon diversifié constitué de deux niveaux hiérarchiques (cadres supérieurs et intermédiaires) et qui couvre plusieurs sites (le CSSS à l'étude est multisites).

#### **4.5.2 La fiabilité**

Essentiellement, le critère de la fiabilité vise à « s'assurer que les résultats de recherche ne sont pas le fruit de circonstances accidentelles » (Laperrière, 1997, p. 382). Afin de répondre aux exigences scientifiques qui lui sont reliées, plusieurs moyens ont été mis en place. D'abord, le guide d'entrevue semi-structurée a permis un certain contrôle sur le déroulement de l'entrevue puisque les questions étaient ouvertes, claires et concises. Ensuite, au niveau de l'analyse, une uniformité dans l'interprétation des données a été assurée puisqu'une seule personne a effectué l'ensemble du codage. Cette façon de faire a permis de reproduire la démarche dans des conditions similaires avec une « stabilité, cohérence, exactitude et valeur prédictive des résultats » (Laperrière, 1997, p. 382).

La concordance des résultats obtenus à l'aide de la triangulation des données (Laperrière, 1997) a été réalisée. En effet, tel que déjà mentionné, les entrevues individuelles de cette recherche se sont déroulées auprès de deux niveaux de cadres (supérieurs et intermédiaires).

#### **4.6 Les considérations éthiques**

Le protocole de cette recherche a été approuvé par le comité d'éthique d'un CSSS de la région de Québec selon un accord convenu entre cet établissement et le centre où s'est déroulée la recherche. De plus, cette dernière a fait l'objet d'une demande d'approbation

auprès de la Direction de l'enseignement et de la recherche du CSSS visé. Celle-ci a procédé de son côté à un examen de convenance interne avec la direction concernée qui est ici l'hébergement. Une fois cette approbation obtenue, une lettre d'appui des gestionnaires a été présentée au comité d'éthique du CSSS de la région de Québec. Le soutien au projet par les décideurs du centre était prioritaire et il devait être obtenu par écrit, ce qui a été respecté.

Les participants ont reçu, avant l'entrevue individuelle, de l'information écrite et une copie du guide d'entrevue. Ils étaient ainsi avisés des objectifs de la recherche. Le respect de la confidentialité des informations fournies par les participants à la recherche s'est avéré d'une très grande importance. Les participants étaient libres de participer à la recherche et de quitter en cours de processus, et ce, sans avoir à se justifier et sans aucun préjudice.

Le traitement des informations obtenues a permis de séparer aisément les données spécifiques des données génériques qui n'étaient plus alors liées entre elles que par un code anonyme. Les éléments d'information susceptibles d'identifier les participants ont été conservés dans des fichiers séparés, accessibles seulement à l'étudiante-chercheure et à la directrice de recherche. Ainsi, aucune caractéristique permettant d'identifier les participants n'a été insérée dans les transcriptions afin de conserver l'anonymat des participants. Par ailleurs, lors du traitement des données, les propos ont été déssexualisés adoptant le genre féminin pour les infirmières gestionnaires et le genre masculin pour les cadres de type supérieur. Ce choix ne dénote aucunement une préférence de genre, mais sert plutôt à assurer l'anonymat des participants. L'étudiante-chercheure n'a obtenu l'accès aux sujets de l'étude qu'après avoir reçu leur consentement à participer à l'étude.

Cette étude ne comportait pas de risques connus pour les participants. Cependant, les participants pouvaient ressentir de l'inconfort ou de la détresse psychologique en faisant le point sur leur stratégie de mobilisation utilisée avec leurs équipes de soins et les obstacles qu'ils peuvent rencontrer. L'étudiante-chercheure a été sensible à cet aspect. Elle a apporté le soutien nécessaire et elle a offert de guider les participants vers les ressources appropriées si besoin.

La participation à cette étude a fourni une occasion de réfléchir et d'échanger, avec l'étudiante-chercheuse, sur leur stratégie de soutien et de mobilisation qu'ils adoptent.

#### **4.7 Les limites de la recherche**

Il s'avère important de mentionner certaines limites en ce qui concerne les caractéristiques des participants et les choix méthodologiques. Premièrement, le petit nombre de participants, les cinq gestionnaires, ne rend pas possible la saturation des données. Malgré tout, un échantillon composé d'informateurs clés, représentés par les infirmières gestionnaires et leurs cadres supérieurs, permet une étude en profondeur du sujet (Patton, 1990 cité dans Talbot, 1995).

Deuxièmement, la généralisation des données s'avère limitée. En effet, un seul secteur d'activité de soins a été ciblé, ce qui diminue l'application des résultats obtenus à d'autres secteurs d'activité dans le domaine de la santé ou même dans le domaine privé.

Finalement, le *coaching* a été défini comme étant une *stratégie d'accompagnement des individus et des équipes de travail utilisée par le leader transformationnel mobilisateur afin de favoriser leur engagement et leur mobilisation*. Il aurait été intéressant, voir même très pertinent, de vérifier cet effet de mobilisation auprès des équipes de soins en procédant à des entrevues individuelles semi-dirigées avec le personnel. Cependant, considérant les limites de temps et le contexte académique de cette recherche, il a été décidé de se concentrer sur la description des expériences vécues en lien avec la stratégie de *coaching* mobilisateur utilisée par les infirmières gestionnaires.

Néanmoins, cette recherche qualitative descriptive permet de mettre en lumière le *caring* en gestion, des compétences clés et des comportements au quotidien du gestionnaire-coach mobilisateur infirmier, des obstacles rencontrés et des effets du *coaching* mobilisateur sur les équipes de soins du point de vue des infirmières gestionnaires.

## CHAPITRE 5 LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Le cinquième chapitre décrit les expériences vécues par les trois infirmières gestionnaires<sup>8</sup> de l'hébergement en lien avec les processus de mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur ainsi que les attentes des cadres supérieurs. Plus spécifiquement, les compétences des infirmières gestionnaires utilisées lors de la mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur sont mises en lumière tout comme les effets souhaités de cette stratégie et les sources d'apprentissage. Les situations favorables à sa mise en œuvre et les obstacles sont également identifiés. Finalement, les attentes des cadres supérieurs en lien avec la dimension *coaching* mobilisateur du travail des infirmières gestionnaires sont abordées.

D'entrée de jeu, les sujets ayant participé à cette recherche sont présentés. Il s'agit de cinq gestionnaires, trois hommes et deux femmes. Deux niveaux de gestionnaires sont représentés, c'est-à-dire trois infirmières gestionnaires soit des cadres de type intermédiaire et deux cadres de type supérieur. Les trois infirmières gestionnaires possèdent en moyenne 17,33 années d'expérience en tant que gestionnaire dans le réseau de la santé tandis que leur expérience dans leur poste actuel varie de un à trois ans. Les cadres supérieurs détiennent en moyenne six ans et demi d'expérience en tant que gestionnaire dans le réseau de la santé et l'expérience à leur poste actuel est d'un an.

Le Tableau 8 décrit les données en lien avec le personnel sous la supervision des trois infirmières gestionnaires. Deux d'entre elles gèrent plus de 61 employés et une infirmière gestionnaire gère de 41 à 60 employés. Les trois infirmières gestionnaires gèrent plus de cinq titres d'emplois, et ce, sur un à trois sites. Elles ont à consacrer en moyenne huit heures par période (une période comprend quatre semaines) soit deux heures par semaine à la gestion des courriels. En ce qui concerne le nombre d'heures en soutien clérical auquel les participantes de cette recherche ont droit, deux d'entre elles ont accès à au

---

<sup>8</sup> Le terme infirmière gestionnaire est utilisé pour désigner indifféremment infirmier et infirmière gestionnaires.

moins 30 heures par semaine de soutien clérical tandis que l'une d'entre elle a droit à quatre heures par semaine. Pour le temps passé en réunion ou en comité, il est en moyenne de 24 heures par période ou de six heures par semaine tandis qu'elles passent en moyenne 32 heures par période avec leurs équipes soit huit heures par semaine.

Tableau 8

Données en lien avec le personnel sous la supervision des trois infirmières gestionnaires

<b>Nombre d'employés supervisés en ETC (équivalent temps complet)</b>	<b>Infirmière gestionnaire</b>
0 à 20 ETC	-
21 à 40 ETC	-
41 à 60 ETC	1
61 et plus ETC	2
<b>Nombre de titres d'emploi supervisés</b>	
1 à 2	-
3 à 4	-
5 et plus	3
<b>Nombre de sites</b>	
1	2
2 à 3	1
4 et plus	-

En ce qui a trait au déroulement des entrevues, les trois infirmières gestionnaires étaient invitées en tout début d'entrevue à relater une ou des situations dans laquelle elles étaient en soutien, c'est-à-dire qu'elles soutenaient et mobilisaient leurs équipes ou un membre de leur personnel. Les situations relatées en lien avec la mobilisation des équipes ciblaient une réorganisation du travail ayant eu lieu récemment et entraînant plusieurs changements de même qu'une situation où il y a eu un manque de matériel. Pour le soutien individuel, les situations relatées ont trait à un problème d'ordre personnel, un problème d'attitude au travail, des conflits de personnalité et un manque de compétences

d'un employé. À partir de ces situations, les participantes étaient invitées à élaborer davantage sur la mise en œuvre de leur stratégie et les compétences sous-jacentes.

Les prochaines sections présentent les résultats selon les quatre premiers objectifs spécifiques visés par cette recherche. Quant aux résultats en lien avec les attentes des cadres supérieurs, qui constituent le cinquième objectif, ils sont inclus aux sections des résultats de chacun des quatre objectifs. Dans un premier temps, l'analyse des verbatims des infirmières gestionnaires est présentée, suivie de l'analyse des verbatims des cadres supérieurs.

## **5.1 Le premier objectif : décrire les compétences des infirmières gestionnaires utilisées lors de la mise en oeuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur**

Le premier objectif de cette recherche consiste à décrire les compétences des infirmières gestionnaires utilisées lors de la mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur. Pour ce faire, les infirmières gestionnaires participantes étaient invitées à s'exprimer sur le sujet à travers quelques questions. Les cadres supérieurs étaient également amenés à se prononcer.

### **5.1.1 Les compétences utilisées lors de la mise en oeuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur : du point de vue des infirmières gestionnaires**

Les trois infirmières gestionnaires ressortent unanimement sept grandes compétences soit (1) communiquer efficacement; (2) favoriser le travail d'équipe; (3) faire preuve de respect; (4) assurer une présence et une accessibilité; (5) favoriser l'autonomie et la croissance personnelle et professionnelle des employés; (6) faire participer le personnel aux décisions et aux changements et (7) créer des conditions propices au soutien.

En ce qui a trait à la communication, les éléments mentionnés sont la capacité d'avoir une grande écoute afin d'être en mesure de comprendre l'autre personne, de communiquer et de donner les bonnes informations de même qu'être authentique et transparent.

C'est vraiment d'être à l'écoute des gens, d'avoir les oreilles grandes ouvertes (IG1 : 13)<sup>9</sup>

La deuxième compétence, je vous dirais c'est d'être capable d'avoir une bonne communication puis on s'exprime pas tous pareil, mais d'être capable de vérifier ce que la personne a compris, pour toutes les personnes qui constituent l'équipe et de communiquer les bonnes choses aussi, d'être capable de vraiment comprendre ce que les gens nous disent [...] (IG2 : 8-9)

[...] je leur donne toujours la vraie réponse, c'est toujours l'authenticité qui est importante. (IG3 : 6)

Ensuite, les infirmières gestionnaires ressortent l'importance du travail d'équipe par la mise en place des conditions favorables à la collaboration et au travail d'équipe. En effet, l'infirmière gestionnaire est capable de travailler en équipe, d'aller chercher la participation des gens et de faire des rencontres d'équipe.

[...] qui soit capable de travailler en équipes, avec ses équipes c'est sûr là. Tu peux tirer un bateau, mais si les gens dedans y tirent pas avec toi. C'est d'aller chercher, d'être capable d'aller chercher son monde, de mobiliser ses gens [...] (IG1 : 23)

[...] je me sers de l'équipe comme force ensemble. (IG3 : 5)

En lien avec le travail d'équipe, les participantes ont également ressorti que l'infirmière gestionnaire doit être capable de gérer une équipe même en période difficile, d'analyser une équipe afin d'identifier les lacunes ou ce qui peut nuire à celle-ci et de la prendre là où elle est rendue dans son cheminement.

---

<sup>9</sup> IG1 : 13 : Signifie que le verbatim provient de l'infirmière gestionnaire numéro 1 et que ce verbatim est issu de la page 13.

[...] des rencontres d'équipe, mais c'est de vraiment identifier qu'est-ce qui nuit à l'équipe ou qu'est-ce qui aide pas à l'équipe. On finit par identifier la lacune ou l'écart par rapport aux rôles et responsabilités de l'individu puis on finit par essayer de les combler avec l'équipe, mais faut que l'équipe s'implique [...] (IG2 : 3)

[...] quand on arrive dans une équipe, faut vraiment prendre qu'est-ce qui a là puis faut les prendre à l'endroit où ils sont [...] (IG2 : 8)

L'importance de manifester une attitude de respect compte parmi les compétences des infirmières gestionnaires. Ainsi, des comportements tels que chercher à comprendre ce qui importe aux autres, répondre aux besoins et aux attentes du personnel et manifester de la reconnaissance au quotidien ont été mentionnés par les participants. Le respect envers la profession infirmière est aussi ressorti en mentionnant qu'il faut donner la priorité au client.

[...] au début y demandaient des choses, ben je le faisais. Je répondais à des attentes que des fois des attentes qui dataient de longtemps. Des fois, c'est des petits gestes, des fois c'est d'acheter une lumière, des fois c'est de répondre à des petits gestes quotidiens qui demande, y manque tel matériel [...] (IG1 : 5)

[...] c'est quelqu'un qui est centré sur le client [...] est-ce que tu sais pourquoi tu travailles, pourquoi y faut que t'es mobilise, c'est toujours en fonction du client [...] (IG3 : 29)

[...] favoriser le respect, que t'accueilles l'autre, tu l'accueilles, tu le respectes dans ce qu'il est. (IG3 : 17)

La quatrième compétence rapportée consiste à assurer une présence auprès du personnel de même qu'être accessible et disponible.

[...] ma porte est toujours ouverte, ils peuvent venir me voir *live* si on peut dire. Si y a un problème, je suis très disponible à eux autres (IG1 : 3)

[...] être présent auprès des équipes (...).(IG2 : 10)

Il faut après ça avoir de la disponibilité. (IG3 : 32)

La cinquième compétence constitue la capacité de favoriser l'autonomie et la croissance personnelle et professionnelle chez les employés. En effet, les infirmières gestionnaires aident à cheminer et à faire grandir, amènent leur personnel à réfléchir, à trouver des solutions et à prendre des décisions de même qu'elles amènent les personnes et les équipes plus loin en déléguant et en les guidant.

[...] les aider aussi à les faire cheminer parce que c'est pas moi qui va, qui trouve toujours la solution, c'est eux autres qui la savent, c'est leur renvoyer les questions, les faire réfléchir sur. [...] mais en les emmenant à réfléchir sur ce qu'on peut faire de plus. (IG1 : 4)

[...] où est-ce qu'on peut aller avec l'équipe, d'amener l'équipe plus loin [...] (IG1 : 23)

[...] c'est de remettre beaucoup aux gens la responsabilité puis déléguer. Moi je dirais que déléguer ça serait la troisième dans les stratégies [...]. Moi je délègue beaucoup [...] (IG2 : 11)

Une compétence recensée par toutes les participantes concerne la capacité, d'une part, à faire participer le personnel aux décisions.

[...] la décision que vous allez prendre, on va s'asseoir pis ça va être la bonne décision que vous avez pris [...] (IG2 : 11)

D'autre part, les infirmières gestionnaires font également participer les équipes aux changements. Ainsi, lors d'un changement, l'infirmière gestionnaire est amenée à engager les membres du personnel dans le projet et à les rassembler en créant des comités par exemple.

[...] de faire embarquer les gens dans un projet n'importe quand [...] (IG1 : 5)

[...] à travers ces changements là, y ont toujours la possibilité de venir déposer leurs irritants, d'en parler en équipe [...] (IG2 : 12)

La dernière compétence mentionnée par toutes les infirmières gestionnaires est d'être capable de mettre en place les conditions propices au soutien. En outre, les infirmières gestionnaires utilisant le *coaching* mobilisateur offrent du soutien à leur personnel. Ce soutien peut prendre la forme d'offrir un congé ou offrir le programme d'aide aux employés (PAE) ou d'autres stratégies lorsqu'un membre du personnel vit une difficulté. Le soutien s'adresse tant aux individus qu'aux équipes.

[...] si elle a quelque chose dans sa famille je peux lui donner du support qu'elle soit malade, ben qu'à prenne une journée, un congé de maladie, bien c'est d'essayer de lui offrir d'autre chose en support, mais c'est clair que je ne réglerai pas les problèmes de tout le monde. (IG1 : 13)

Le soutien consiste également à accompagner, à aider le personnel et à s'assurer qu'il dispose des ressources nécessaires pour faire son travail. Quant au fait de favoriser l'accès aux ressources, il consiste à de petits gestes au quotidien tels que procurer les ressources matérielles nécessaires au personnel, et ce, afin de faciliter leur travail.

[...] si y manque des couches pour dire quelque chose, ce qui a déjà manqué, on peut pas travailler sans alors je vais faire des pieds et des mains pour avoir des couches, je vais aller en chercher ailleurs s'il faut, mais je pense que ça c'est du soutien au niveau matériel. Faut pas que les gens manquent de matériel, y travaillent. (IG1 : 8)

[...] une personne qui démontre qui est là pour accompagner [...] (IG3 : 30)

En lien avec les compétences du *coaching* mobilisateur des infirmières gestionnaires, d'autres compétences ont été recensées par deux des trois participants. Il s'agit (8) de gérer les conflits; (9) de former et (10) d'être compétent dans son rôle de gestionnaire.

La capacité à gérer des conflits est ressortie comme étant une compétence. Il s'agit pour les participantes d'adopter une stratégie pro-active.

[...] je pense qui faut pas avoir peur des conflits, faut les utiliser, faut laisser s'exprimer les gens [...] (IG2 : 22)

Les bons outils que je lui recommanderais, les choses sur comment gérer les conflits [...] (IG2 : 32)

Une autre compétence dans l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur consiste à être capable de former son personnel ou de favoriser la mise en pratique au quotidien des formations reçues.

[...] faut mettre les éléments pour qui mettent la formation en pratique, ce qui ont appris, faut qui le mettent en pratique. Si on met rien à côté, ben ils la mettront pas en pratique [...] (IG1 : 28)

[...] je leur montre des techniques, je leur montre des comportements à avoir [...] (IG3 : 7)

Les infirmières gestionnaires ressortent l'importance d'être compétentes dans leur rôle de gestionnaire, c'est-à-dire d'être capable d'assumer leur autorité lorsque les circonstances l'exigent, de régler les situations problématiques, de gérer les ambiguïtés et de connaître les règles et les procédures. La gestion de soi représente un autre aspect des compétences des gestionnaires. En plus des compétences en gestion, les infirmières gestionnaires ont exprimé l'importance de posséder des compétences cliniques de même que connaître et comprendre les comportements humains.

[...] qui est capable de se tenir debout, de dire bien je m'appuie sur la convention collective ou il y a un problème, bien de ne pas se cacher [...] quelqu'un qui est capable de régler les problématiques. Puis même si des fois quand tu les vois les problèmes, faut que tu les règles, bien ça prend des fois du courage [...] (IG1 : 22)

[...] y faut que la personne soit capable de gérer l'ambiguïté [...] (IG3 : 29)

[...] faut avoir une bonne gestion de soi [...] (IG2 : 8)

[...] c'est que moi j'ai des connaissances au niveau clinique qui me donnent une possibilité de comprendre les situations des fois exemple les troubles de comportements dus à la maladie ou autre (...) je suis capable de comprendre les solutions ou comment amener les personnes sur des chemins qui vont trouver leurs solutions [...] (IG3 : 40-41)

Finalement, d'autres compétences ont été énumérées, mais par une seule participante. Ces compétences sont (11) faire preuve d'intégrité et d'équité; (12) être visionnaire.

[...] quelqu'un qui est capable de se responsabiliser [...] qui est capable, elle, d'avouer ses limites [...] (IG3 : 30)

[...] y faut qu'on soit équitable, c'est ça c'est l'équitabilité qui fait qu'on est quand même c'est que chacun de nous se sente dans une situation où c'est équitable. C'est l'équité qu'on recherche, c'est juste, c'est équitable [...] (IG3 : 33)

[...] qui aurait plus une vision. (IG1 : 23)

Ainsi, tel que présenté à la figure 5, un ensemble de douze compétences se dégage du discours des infirmières gestionnaires.

1. Communiquer efficacement
2. Favoriser le travail d'équipe
3. Faire preuve de respect
4. Assurer une présence et une accessibilité
5. Favoriser l'autonomie et la croissance personnelle et professionnelle des employés
6. Faire participer le personnel aux décisions et aux changements
7. Créer des conditions propices au soutien
8. Gérer les conflits
9. Former
10. Être compétent dans son rôle de gestionnaire
11. Faire preuve d'intégrité et d'équité
12. Être visionnaire

*Figure 5* Les compétences utilisées lors de la mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur selon les infirmières gestionnaires

### **5.1.2 Les compétences utilisées lors de la mise en oeuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur : du point de vue des cadres supérieurs**

Les deux cadres supérieurs ressortent cinq compétences auxquelles ils s'attendent de la part des infirmières gestionnaires soit (1) agir avec humanisme; (2) communiquer efficacement; (3) favoriser le travail d'équipe; (4) faire preuve de respect et (5) faire participer le personnel aux décisions et aux changements.

D'abord, les cadres supérieurs estiment que les infirmières gestionnaires doivent agir humainement, c'est-à-dire adopter des comportements et des attitudes humaines et ainsi gérer de façon humaine.

Que ce soit des gens [...] avec des paroles, un comportement et des attitudes très humains [...] (CS1 : 9)

Ça prend des gens qui sont humains [...] (CS2 : 8)

Ensuite, les cadres supérieurs s'attendent à ce que les infirmières gestionnaires communiquent efficacement auprès de leurs équipes de soins. Ils expriment s'attendre à ce qu'elles aient une communication humaine, claire et fluide de même qu'une bonne écoute. Les cadres supérieurs désirent que ce soit des infirmières gestionnaires authentiques et empathiques.

Donc les compétences clés ça va être la communication pis communication, je dirais même au-delà des mots. Une présence des fois ça peut être de la communication, un regard, un toucher. On veut des gestionnaires [...] avec une communication humaine, une communication claire pis une communication fluide [...] (CS1 : 9)

Donc, on leur demande d'être des bons communicateurs [...] d'être empathique, d'avoir une bonne écoute [...] (CS2 : 8)

Les cadres supérieurs désirent également que les infirmières gestionnaires favorisent le travail d'équipe en créant des partenariats avec les employés et en faisant converger leurs actions vers un but commun. Ils s'attendent à ce qu'elles fassent des rencontres d'équipes et qu'elles travaillent avec ces dernières afin de choisir la meilleure solution parmi celles

rapportées par le personnel. Les infirmières gestionnaires ont aussi avantage à s'adapter au niveau de maturité des équipes.

Qu'un gestionnaire soit capable de créer des partenariats avec ses employés, avec les gens en difficulté pis que tout le monde partage la même vision. (CS1 : 10)

[...] rencontrer les équipes, ne pas accepter idéalement de recevoir uniquement les problèmes, mais leur demander de nous arriver avec des solutions. (CS2 : 3)

Une autre attente en lien avec les compétences des infirmières gestionnaires utilisant la stratégie de *coaching* mobilisateur consiste à faire preuve de respect. En effet, par le respect, les infirmières gestionnaires sont invitées à démontrer que le personnel constitue une valeur importante dans l'organisation en faisant de la reconnaissance au quotidien, en adaptant cette reconnaissance selon les équipes, en soulignant les réussites, en ayant une attitude de non-jugement de même qu'en facilitant la conciliation travail-famille.

On revient à la question tantôt des compétences, respecter les individus avec qui on travaille et quand je dis respecter, c'est les respecter profondément en tant qu'être humain, reconnaître oui y sont dans une organisation pis y travaille, mais reconnaître aussi qui sont d'abord et avant tout des être humains pis la majorité d'entre eux sont des pères, des mères de famille puis d'essayer des accommoder [...] (CS1 : 14)

[...] c'est de faire de la reconnaissance plus au quotidien, c'est ce que les employés veulent et c'est ce qu'on demande aussi aux gestionnaires. (CS2 : 2)

Les cadres supérieurs interrogés s'attendent également à ce que les infirmières gestionnaires permettent à leurs équipes de participer à la prise de décision de même qu'aux processus de changement. Bref, c'est la gestion participative qui a avantage à être préconisée.

[...] c'est un autre terrain fertile aussi pour le volet participatif [...] (CS1 :2-3)

[...] on en est venu à la conclusion de vraiment travailler en mode participatif. Donc, on veut travailler que nos cadres intermédiaires

travaillent avec leurs employés, mais vraiment en mode solutions et non pas travailler *top down* où les réponses viennent toutes du *top management* pis on descend l'information et les gens à la base sont des exécutants. (CS2 : 1)

En ce qui concerne les autres compétences, elles n'ont été ressorties que par un seul cadre supérieur : (6) assurer une présence et une accessibilité; (7) être compétent dans son rôle de gestionnaire; (8) favoriser l'autonomie et la croissance personnelle et professionnelle des employés; (9) faire preuve d'intégrité et d'équité et (10) être visionnaire.

Un cadre supérieur souhaite que les infirmières gestionnaires soient davantage présentes sur leurs unités de soins afin d'être près de leurs équipes.

Une présence [...]. On veut des gestionnaires proches de leur monde [...]  
(CS1 : 9)

Ensuite, un cadre supérieur affirme que les infirmières gestionnaires se doivent d'être compétentes dans leur rôle en ayant une bonne capacité à gérer l'ambiguïté et à prendre des décisions.

De pouvoir gérer l'ambiguïté pis les zones grises, c'est important pour qu'un gestionnaire qui puisse se positionner, puisse prendre une décision parce qu'un gestionnaire qui prend pas de décisions, qui semble lui-même dans l'ambiguïté, c'est pas très mobilisant puis ça on n'en veut pas. (CS1 : 9)

Une autre compétence attendue des infirmières gestionnaires est la capacité de favoriser l'autonomie et la croissance tant personnelle que professionnelle des personnes. À titre d'exemple, l'infirmière gestionnaire est capable de montrer le chemin à suivre au personnel, mais tout en permettant une certaine liberté pour s'y rendre.

[...] dans le fond, la capacité des gens est là, le potentiel est là, c'est à nous comme gestionnaires de le voir, de le constater pis de mettre les conditions gagnantes pour qui puissent le développer. (CS1 : 3)

[...] être capable de montrer le chemin à suivre tout en permettant une certaine liberté pour savoir comment s'y rendre [...] (CS1 : 10)

Un cadre supérieur s'attend également à ce que les infirmières gestionnaires soient intègres et équitables envers leur équipe de soins.

Une autre chose que je m'attends aussi des gestionnaires c'est d'être cohérent, on mise sur les personnes, mais y faut pas juste le dire, y faut le faire. (CS1 : 5)

[...] ça on le demande aussi à nos gestionnaires, quand vous vous engagez, respectez vos engagements, quand vous donnez votre parole, bien respectez votre parole. (CS1 : 17)

Enfin, la dernière compétence attendue est celle d'être visionnaire.

Une compétence d'un gestionnaire c'est d'avoir de la créativité pour donner des images, donner une vision [...] (CS1 : 10)

L'analyse des entrevues auprès des cadres supérieurs a ainsi permis de dégager 10 compétences attendues en lien avec l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires. Ces compétences sont présentées à la figure 6.

1. Agir avec humanisme
2. Communiquer efficacement
3. Favoriser le travail d'équipe
4. Faire preuve de respect
5. Faire participer le personnel aux décisions et aux changements
6. Assurer une présence et une accessibilité
7. Être compétent dans son rôle de gestionnaire
8. Favoriser l'autonomie et la croissance personnelle et professionnelle des employés
9. Faire preuve d'intégrité et d'équité
10. Être visionnaire

Figure 6 Les compétences utilisées lors de la mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur selon les cadres supérieurs

De ces 10 compétences, neuf rejoignent celles mentionnées par les infirmières gestionnaires de cette recherche soit communiquer efficacement, favoriser le travail d'équipe, faire preuve de respect, faire participer le personnel aux décisions et aux changements, assurer une présence et une accessibilité, être compétent dans son rôle de gestionnaire, faire preuve d'intégrité et d'équité, favoriser l'autonomie et la croissance du personnel et être visionnaire. La compétence nouvelle soulevée par les cadres supérieurs est d'agir avec humanisme.

Il est pertinent de ressortir que, de ces neuf compétences relevées autant par les infirmières gestionnaires que les cadres supérieurs, quatre font l'unanimité de tous les participants de cette recherche et ce sont : communiquer efficacement auprès de leurs équipes de soins, favoriser le travail d'équipe, faire preuve de respect et faire participer le personnel aux décisions et aux changements.

## **5.2 Le deuxième objectif : décrire les effets escomptés de l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires**

Les effets attendus de l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires se situent à trois niveaux soit individuel, collectif et organisationnel. Les attentes des cadres supérieurs en lien avec cet objectif rejoignent également ces trois niveaux.

### **5.2.1 Les effets recherchés par les infirmières gestionnaires**

Au niveau des effets chez les individus, les trois infirmières gestionnaires ressortent des effets en lien avec la satisfaction et le bien-être au travail des employés. Elles expriment souhaiter voir leur personnel heureux. Une infirmière gestionnaire met également l'accent sur le développement personnel de ses employés.

[...] j'aimerais bien que les gens soient heureux [...] parce que c'est long travailler huit heures puis être malheureux (IG1 : 30)

[...] faut que les gens soient heureux pis qui soient bien dans qu'est-ce qui font [...] (IG2 : 35).

[...] Évolution individuelle, oui c'est sûr. (IG1 : 31)

En lien avec les effets recherchés sur le collectif de travail, pour deux des infirmières gestionnaires, le climat de travail sain constitue un effet souhaité.

Alors, ce qu'on recherche, c'est un climat de travail [...] c'est qui est une ambiance de travail (IG2 : 35)

[...] le but de ça c'est de maintenir un climat favorable aux personnes, dans ce temps là, moins qu'il y a de préoccupations, plus que le sourire et le rire s'installent dans les équipes (IG3 : 36)

Une infirmière gestionnaire met également l'accent sur le développement de l'autonomie des équipes et une autre précise la performance des équipes comme effet recherché.

Qu'ils avancent pis qu'ils évoluent, là on est rendu là et pas parce que Mme X est là aujourd'hui que demain on le fait pas parce qu'elle est pas là. C'est sur que ça fasse partie prenante des journées si on fait quelque chose de nouveau. (IG1 : 30)

[...] l'effet désiré, c'est que les équipes soient performantes [...] les effets désirés c'est ça, la performance au bout de la ligne, je suis une gestionnaire [...]. (IG2 : 35)

Au niveau organisationnel, les trois infirmières gestionnaires ressortent des effets en lien avec l'importance de l'atteinte des objectifs organisationnels. Pour deux d'entre elles, le plaisir au travail est important, mais tout en visant l'atteinte des objectifs de performance organisationnelle.

[...] mais pour être performant faut que les gens soient heureux pis qui soient bien dans qu'est-ce qui font [...] la performance parce que les équipes sont heureux. (IG2 : 35-36).

C'est le plaisir au travail, mais dans une organisation qui a des services à rendre. [...] C'est toujours important pour moi l'effet que je veux, c'est un effet de plaisir. (IG3 : 35-36)

Ainsi, les effets attendus de l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur se classent en trois niveaux soit individuel, collectif et organisationnel. Le Tableau 9 les présente.

Tableau 9

Les effets recherchés de l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires

Individuel	Collectif	Organisationnel
❖ Satisfaction au travail des employés	❖ Développement de l'autonomie des équipes	❖ Atteinte des objectifs organisationnels
❖ Bien-être au travail des employés	❖ Performance des équipes	
❖ Développement personnel de leurs employés	❖ Présence d'un climat de travail sain	

Au niveau individuel, on retrouve trois éléments soit la satisfaction et le bien-être au travail et le développement personnel des employés. Pour les effets au niveau du collectif de travail, il s'agit du développement de l'autonomie des équipes, la performance de ces dernières et la présence d'un climat de travail sain. Finalement, l'atteinte des objectifs de l'organisation constitue l'effet organisationnel recherché. La prochaine section expose les effets attendus de la stratégie de *coaching* mobilisateur de la part des cadres supérieurs.

### 5.2.2 Les effets recherchés par les cadres supérieurs

En ce qui concerne les effets escomptés de la stratégie de *coaching* mobilisateur du côté des cadres supérieurs, l'analyse des entrevues montrent, d'une part, que les résultats se ressemblent chez les deux cadres supérieurs ayant participé à la recherche. D'autre part,

les résultats rejoignent ceux obtenus du côté des infirmières gestionnaires, car ils se situent également à trois niveaux soit individuel, collectif et organisationnel.

Au niveau individuel, les deux cadres supérieurs expriment le désir de voir le personnel satisfait. Ils expriment également des effets au niveau du bien-être des employés en affirmant vouloir les voir heureux.

[...] des gestionnaires qui mobilisent leurs équipes ça va faire des équipes qui sont heureuses, que ce soit du monde heureux de se lever le matin pour venir travailler pour nous autres [...] (CS1 : 11)

[...] faut avoir du bonheur au travail [...] y faut avoir du plaisir à travailler. (CS2 : 11)

Au niveau des effets sur le collectif de travail, les participants mentionnent la mobilisation des équipes, le développement de l'autonomie des équipes et la consolidation de la vie d'équipe. Pour ce dernier élément, les participants ont abordé le travail d'équipe, la collaboration, le sentiment d'appartenance à une équipe et le partage des responsabilités au sein de celle-ci.

Le premier effet c'est que les gestionnaires qui mobilisent leurs équipes bien c'est d'avoir des équipes qui sont mobilisées [...] (CS1 : 11)

[...] les équipes deviennent petit à petit à être moins revendicateur, mais plutôt trouver des solutions avec les gestionnaires [...] (CS2 : 12)

Un autre effet positif, c'est le travail d'équipe. Une équipe qui est pas mobilisée, les gens peuvent devenir très individualistes, ça va être du chacun pour soi, la collaboration n'est plus [...] alors qu'une équipe qui est mobilisée, les gens sont moins individuels, ils sont plus au niveau du collectif, au niveau de l'équipe et là ils sont plus sur la tâche, ils sont plus sur le partage de responsabilités [...] (CS1 : 11)

Toujours au niveau des effets sur le collectif de travail, un participant a ressorti le climat de travail sain comme effet recherché.

[...] les effets de la mobilisation c'est le climat au travail [...] (CS1 : 13)

Ensuite, au niveau des effets auprès de l'organisation, les deux cadres supérieurs souhaitent voir une diminution de l'absentéisme et ainsi de l'assurance-salaire.

Les effets recherchés, à partir du moment où on a des équipes qui sont mobilisées, on s'attendrait à ce qu'il y ait moins d'absences. Les absences pour moi c'est un bon baromètre au niveau de la santé d'une équipe de travail. (CS2 : 10)

Finalement, pour les effets organisationnels, un cadre supérieur ressort le recrutement et la rétention du personnel de même que l'atteinte d'objectifs organisationnels comme par exemple, donner un bon service à la clientèle.

[...] à partir du moment où ça va se dire dans le réseau qu'à X, en hébergement par exemple, les gens sont heureux, je pense que notre défi pour recruter des gens, pour attirer les gens, pour garder nos gens chez nous, va être beaucoup plus simple [...]. Donc, ça fait parti un peu des effets recherchés. (CS2 : 21)

[...] réussir à donner un bon service à la clientèle [...] (CS2 : 17)

À l'instar des résultats obtenus pour les infirmières gestionnaires, l'analyse des résultats des cadres supérieurs sur les effets attendus de la stratégie de *coaching* mobilisateur a fait ressortir trois niveaux soit individuel, collectif et organisationnel. Le Tableau 10 décrit chacun de ces niveaux.

Tableau 10

Les effets recherchés de l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les cadres supérieurs

Individuel	Collectif	Organisationnel
❖ Satisfaction au travail des employés	❖ Mobilisation des équipes	❖ Diminution de l'absentéisme
❖ Bien-être au travail des employés	❖ Développement de l'autonomie des équipes	❖ Attraction et rétention du personnel
	❖ Consolidation de la vie d'équipe	❖ Atteinte des objectifs organisationnels
	❖ Présence d'un climat de travail sain	

Parmi les éléments nouveaux apportés par les cadres supérieurs en lien avec les effets attendus, se retrouve la mobilisation des équipes de soins, la consolidation de la vie d'équipe, la diminution de l'absentéisme de même que l'attraction et la rétention du personnel. L'analyse montre que les effets attendus communs aux deux catégories de participants sont la satisfaction et le bien-être au travail du personnel, la présence d'un climat de travail sain ainsi que l'atteinte des objectifs organisationnels.

### 5.3 Le troisième objectif : identifier comment les infirmières gestionnaires ont développé leur stratégie de *coaching* mobilisateur dans leur unité de soins

Selon les infirmières gestionnaires, le développement de la stratégie de *coaching* mobilisateur provient de trois sources soient une formation académique universitaire et des ateliers de formation formelle sur des thématiques telles que la communication, la gestion des employés difficiles, la planification des changements et le *coaching*. Les savoirs tacites issus de l'expérience s'ajoutent aux stratégies de développement. Aux dires des trois infirmières gestionnaires, ce sont des savoirs issus de situations vécues au

travail, de d'autres personnes telles que des supérieurs et des collègues et de l'introspection. Une infirmière gestionnaire se prononce sur le côté inné de l'apprentissage à être un *leader*; selon elle, être un *leader*, cela ne s'apprend pas.

Les cadres supérieurs de leur côté mentionnent deux sources d'apprentissage soit des ateliers de formation formelle et le transfert des savoirs tacites issus de l'expérience par du *coaching* et du jumelage avec d'autres gestionnaires.

### **5.3.1 Le développement de la stratégie de *coaching* mobilisateur selon les infirmières gestionnaires**

Deux infirmières gestionnaires mentionnent que leur formation académique les a aidées à développer leur stratégie de *coaching* mobilisateur. Ces formations relèvent de programmes en administration (certificat et maîtrise en gestion des organisations).

Après ça, j'y suis allée par mes cours en gestion qui ont fait, qui ont vraiment mis des mots sur des choses à vivre en tant que *leader* en tant qu'accompagnateur [...] (IG3 : 20)

Les trois infirmières gestionnaires expriment avoir appris à *coacher* et à mobiliser par des formations formelles. Les thématiques abordées lors des formations concernent la communication, la gestion des employés difficiles, la planification des changements et le *coaching*. Elles relatent également faire des lectures, se référer à de la documentation, c'est-à-dire des lectures personnelles en lien avec la gestion, des documents et des outils issus de certaines formations.

[...] il y a aussi des formations qu'on a suivies [...] la gestion des employés difficiles, j'ai pas eu ça ici, mais j'ai eu ça ailleurs [...] on a eu plusieurs formations sur la communication [...] C'est sur que sur la communication, on n'a jamais assez, c'est pas évident de communiquer, même si on a beaucoup de *leadership*, communiquer avec le monde c'est pas évident. (IG1 : 16-17-19)

[...] pour l'instant, je suis plus dans les lectures [...] (IG2 : 26)

Par ailleurs, les trois infirmières gestionnaires relatent avoir appris par des savoirs tacites issus de l'expérience, c'est-à-dire par des situations vécues au travail et par de l'introspection. Elles précisent que les apprentissages se font par des expériences terrains « sur le tas » et par des essais et erreurs.

[...] comment j'ai appris, pourquoi ça marche ou ça marche pas mes choses puis c'est au jour le jour à répéter et en essayant des choses, c'est de même que j'ai appris (...) au niveau de ce qui se passait autour de moi, en vivant moi-même mes expériences [...] j'ai appris aussi par les effets que j'avais, en voyant l'effet que j'avais par mes attitudes, bien c'est de même que j'apprends beaucoup, qu'est-ce qui marche, qu'est-ce qui marche pas. C'est important de voir les effets que tu as. (IG3 : 20)

[...] au-dessus de tout ça, c'est en faisant de l'actualisation, en faisant moi-même de l'introspection (IG3 : 20)

Toujours au niveau des savoirs tacites, l'ensemble des infirmières gestionnaires explique avoir appris auprès de d'autres personnes et toutes ressortent des cadres supérieurs tandis que deux d'entre elles identifient des collègues inspirantes.

[...] moi j'ai toujours eu des patrons très intéressants qui est capable d'aller chercher ma participation, ma passion, ce que j'aimais, me donner des mandats intéressants que je fasse face à des défis, (IG2 : 29)

[...] le *leader* de ce projet là, c'était mon directeur puis j'ai appris beaucoup parce qu'il a réussi à rendre concret une chose abstraite (IG3 : 23)

Ça peut être des collègues aussi, « Hé! qu'est-ce que tu ferais, j'ai ça qu'est-ce que tu ferais ou je ferais ça qu'est-ce que t'en penses? ». Les collègues m'ont souvent aidé aussi. (IG1 : 18)

Enfin, une infirmière gestionnaire exprime qu'une personne a ou n'a pas de *leadership*, ce n'est pas une question d'acquisition, c'est de l'inné.

Aussi, il y a des choses innées, qu'on accompagne les gens, il y a des manières, du *leadership* on l'a ou on l'a pas, il y a des choses que c'est inné [...] (IG1 : 16)

Le Tableau 11 présente les sources d'apprentissage de la stratégie de *coaching* mobilisateur rapportées par les participantes.

Tableau 11

Sources d'apprentissage de la stratégie de *coaching* mobilisateur selon les infirmières gestionnaires

Formation académique universitaire	Ateliers de formation formelle	Expériences
❖ Programmes en administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Communication</li> <li>❖ Gestion des employés difficiles</li> <li>❖ Planification des changements</li> <li>❖ <i>Coaching</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Situations vécues au travail</li> <li>❖ Introspection</li> <li>❖ Auprès de d'autres personnes (supérieurs et collègues)</li> </ul>

Les sources d'apprentissage de la stratégie de *coaching* mobilisateur s'avèrent ainsi de trois niveaux : la formation académique universitaire, les ateliers de formation formelle et les savoirs tacites issus d'expériences.

### 5.3.2 Le développement de la stratégie de *coaching* mobilisateur selon les cadres supérieurs

Du côté des cadres supérieurs, les résultats obtenus en lien avec le développement de la stratégie de *coaching* mobilisateur vont dans le même sens que ceux des infirmières gestionnaires ayant participé à cette recherche.

D'abord, les participants mentionnent les ateliers de formation formelle soit de la formation pour les infirmières gestionnaires adaptées aux besoins de chacune et de la formation sur la gestion des employés difficiles.

Donc, vraiment avec eux ce qu'on essaie de faire, c'est un plan de formation pour les prochaines années où on dit « voici vos forces, voici les points où il y aurait des choses à parfaire ». (CS2 : 6)

Ensuite, les savoirs tacites issus de l'expérience constituent une autre forme d'apprentissage selon un cadre supérieur. En effet, il semble que les infirmières gestionnaires peuvent apprendre en étant aidées et accompagnées par une autre personne, jumelées avec d'autres gestionnaires ou encore, en étant *coachées* par d'autres cadres soit à l'interne ou à l'externe.

On va les accompagner ces gestionnaires là, c'est peut-être là qu'on peut commencer à parler de *coaching*. On veut les jumeler avec un gestionnaire que ça va bien [...] (CS1 : 18)

Le Tableau 12 reprend les sources d'apprentissage de la stratégie de *coaching* mobilisateur selon les cadres supérieurs.

Tableau 12

Sources d'apprentissage de la stratégie de *coaching* mobilisateur selon les cadres supérieurs

Ateliers de formation formelle	Expériences
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Gestion des employés difficiles</li> <li>❖ Selon les besoins des infirmières gestionnaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Accompagnement et <i>coaching</i> par d'autres gestionnaires ou des cadres supérieurs</li> </ul>

Parmi les trois formes d'apprentissage ressorties par les infirmières gestionnaires, deux sont mentionnées par les cadres supérieurs soit des ateliers de formation formelle sur différentes thématiques et les savoirs tacites issus d'expériences de travail, c'est-à-dire

auprès de d'autres personnes telles qu'un supérieur, un collègue ou un *coach*. Seule la formation académique n'a pas été abordée par les cadres supérieurs.

#### **5.4 Le quatrième objectif : identifier des situations ou des contextes et des obstacles plus ou moins favorables à la mobilisation**

Les infirmières gestionnaires étaient invitées au cours de l'entrevue semi-dirigée à relater des situations, des contextes plus ou moins favorables et la présence ou non d'obstacles à la mobilisation. Les infirmières gestionnaires, tout comme les cadres supérieurs, ont identifié un grand nombre d'obstacles ainsi que des éléments qui devraient être présents afin de mettre en place un contexte idéal au *coaching* mobilisateur.

##### **5.4.1 Des situations, des contextes plus ou moins favorables et la présence d'obstacles relatés par les infirmières gestionnaires**

D'abord, pour le contexte plus favorable voir idéal aux dires des infirmières gestionnaires, de nombreux éléments ont été identifiés par les trois participantes. Pour l'une d'entre elles, c'est d'avoir plus de ressources humaines et de temps et d'adhérer à la vision et aux décisions du supérieur. Pour une autre, c'est de prendre soin des gens et d'avoir un supérieur qui offre des défis, des occasions de développement et du *coaching*.

[...] d'avoir assez de personnel pour dire on manque pas de personnes, si il y a quelqu'un de malade, c'est plate de pas remplacer les gens, ça les gens trouvent ça dur puis c'est normal [...]. (IG1 : 42)

Moi je considère que quand j'ai un patron qui m'offre des défis qui me permettent de me développer dans mon autonomie, qui délègue beaucoup, pour moi c'est un monde idéal comme gestionnaire. (IG2 : 45)

Deux participantes ont précisé l'importance de recevoir du soutien, soit du soutien clérical et du soutien en général. Le fait de recevoir de l'information, « être informé », ressort également pour deux participantes. Il s'agit, entre autres, d'avoir des « bras droits sur les unités », c'est-à-dire des infirmières de confiance sur tous les quarts de travail qui rapportent l'information sur ce qui se passe au quotidien.

[...] c'est sûr que le travail idéal, faudrait que le gestionnaire ait du soutien clérical, du soutien plus de soutien qu'il y a là [...]. (IG1 : 42)

[...] d'avoir des bras droits, je dis cela parce qu'il y a nuit jour soir [...] d'avoir un bras droit qui est capable de t'apporter l'information de ce qui se passe quotidiennement et d'en gérer une partie aussi ce serait l'idéal [...] (IG2 : 42)

La figure 7 énumère les situations favorables au *coaching* mobilisateur rapportées par les infirmières gestionnaires participantes.

- ❖ Avoir plus de ressources humaines
- ❖ Avoir plus de temps
- ❖ Adhérer à la vision et aux décisions du supérieur
- ❖ Prendre soin des gens
- ❖ Avoir un supérieur qui offre des défis, des occasions de développement et du *coaching*
- ❖ Recevoir du soutien
- ❖ Recevoir de l'information

Figure 7 Situations et contextes favorables au *coaching* mobilisateur selon les infirmières gestionnaires

Les obstacles au contexte idéal identifiés sont de l'ordre de la complexité de la gestion des ressources humaines, les multiples changements qui surviennent, les outils harmonisés qui laissent peu de place à l'individualité de chaque personne et les différentes contraintes vécues au quotidien telles que l'embauche. Parallèlement à un des éléments d'un contexte idéal, le manque de ressources humaines ressort aussi comme étant un obstacle au *coaching* mobilisateur.

Bien je pense que les obstacles que pourront rencontrer les gestionnaires, ce sont les multiples changements qui n'arrêteront jamais, alors on comprend que quand il y a des changements, les êtres humains sont insécures, ils sont préoccupés, c'est beaucoup de développer une habileté énorme au niveau du *leadership* transformationnel. (IG2 : 47)

[...] si je m'installe puis que je me mets à vivre des situations où est-ce qui manque des personnes pendant des semaines de temps, ça devient infernal à ce moment là, c'est là que deviennent les situations difficiles où je perds la mobilisation des intervenants. (IG3 : 37)

La figure 8 reprend les principaux éléments faisant obstacles à la mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur.

- ❖ Complexité de la gestion des ressources humaines
- ❖ Multiples changements
- ❖ Outils harmonisés
- ❖ Différentes contraintes
- ❖ Manque de ressources humaines

Figure 8 Obstacles au *coaching* mobilisateur selon les infirmières gestionnaires

Les éléments d'un contexte idéal et les obstacles identifiés par les infirmières gestionnaires de cette étude sont variés. Néanmoins, les notions de soutien, d'information et de manque de ressources humaines se démarquent puisqu'elles sont ressorties par plus d'une participante.

#### **5.4.2 Des situations, des contextes plus ou moins favorables et la présence d'obstacles relatés par les cadres supérieurs**

Au niveau du contexte idéal à l'utilisation du *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires, les cadres supérieurs mentionnent 10 éléments dont trois déjà abordés par les infirmières gestionnaires ayant participé à cette recherche. Ces éléments communs constituent l'adhésion à la vision et aux décisions du supérieur, avoir un supérieur qui offre des défis, des occasions de développements et du *coaching* ainsi que recevoir de l'information.

[...] leur adhésion à nos idées, à nos projets [...] (CS1 : 18)

[...] c'est à nous autre de le mettre en contexte puis donner des mandats spécifiques pour qui puisse développer ce côté là. (CS1 : 21)

[...] ils ont besoin que l'information, la transparence dans la direction, que toute l'information descende. (CS2 : 13)

Ensuite, un cadre supérieur énumère d'autres éléments associés au contexte idéal de mobilisation et ce sont le fait d'avoir les infirmières gestionnaires heureuses et satisfaites, qui ont un intérêt à demeurer dans l'équipe de direction et d'avoir des outils et de la formation sur la gestion des employés difficiles.

[...] on veut que nos gestionnaires soit d'abord et avant tout heureux, c'est ce que je te partageais en début d'entrevue. Avoir des gestionnaires heureux, c'est ce qui fait la différence. (CS1 : 18)

[...] au niveau de la gestion des employés difficiles, on veut donner des outils, on veut donner plus de formations aux gestionnaires [...] (CS1 : 21)

Pour un autre cadre supérieur, un contexte de mobilisation idéal est représenté par un climat de confiance entre l'infirmière gestionnaire et le cadre supérieur, de la latitude décisionnelle pour l'infirmière gestionnaire, une bonne communication avec le cadre supérieur et par le fait de recevoir de la reconnaissance par celui-ci.

La confiance. Ils peuvent prendre des décisions, ils ont pas besoin de toujours appeler à la direction, ils savent la marge de manœuvre dans laquelle ils travaillent. (CS2 : 13)

Les gestionnaires aussi ont besoin d'être écouté. C'est pas des machines, ils ont besoin d'être écouté, de communiquer [...] (CS2 : 13)

La figure 9 résume les situations ou contextes favorables au *coaching* mobilisateur des infirmières gestionnaires.

- ❖ Adhérer à la vision et aux décisions du supérieur
- ❖ Avoir un supérieur qui offre des défis, des occasions de développements et du *coaching*
- ❖ Recevoir de l'information
- ❖ Satisfaction au travail
- ❖ Avoir un intérêt à demeurer dans l'équipe de direction
- ❖ Recevoir de la formation et des outils
- ❖ Présence d'un climat de confiance
- ❖ Avoir de la latitude décisionnelle
- ❖ Présence d'une bonne communication avec le supérieur
- ❖ Recevoir de la reconnaissance par le supérieur

Figure 9 Situations et contextes favorables au *coaching* mobilisateur selon les cadres supérieurs

En ce qui concerne les obstacles à la mise en place de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires, un cadre supérieur ressort les éléments suivants : la complexité de la gestion des ressources humaines, la démobilisation du gestionnaire lui-même et un rôle de mobilisateur qui n'est pas vécu pleinement par l'infirmière gestionnaire en raison de son potentiel peu ou pas développé.

[...] il y a peut-être des cadres dans ça au niveau *line*, au niveau de gérer du personnel, qui disent « bien j'ai fait le tour du jardin » ou ils voient les difficultés s'en venir au sein de leur équipes pis peut-être qui perdent la capacité de vouloir les gérer [...] (CS1 : 20)

[...] chez certains gestionnaires des fois leur rôle de mobilisateur qui est pas vécu à 100% parce que nous aussi on voit du potentiel chez les gestionnaires et des fois on se dit y a peut-être un côté de ce gestionnaire là qui est pas encore développé [...] au niveau peut-être de certaines équipes où justement le travail d'équipe n'est pas développé, n'est pas à 100% comme il devrait l'être [...] (CS1 : 21)

Les obstacles à la mise en place de la stratégie de *coaching* mobilisateur sont énumérés à la figure 10.

- ❖ Complexité de la gestion des ressources humaines
- ❖ Démobilisation des infirmières gestionnaires
- ❖ Potentiel de *coach* mobilisateur peu ou pas développé

Figure 10 Obstacles au *coaching* mobilisateur selon les cadres supérieurs

L'analyse des données en lien avec cet objectif sur le contexte de mobilisation idéal et les obstacles montre des résultats assez diversifiés tant chez les infirmières gestionnaires que chez les cadres supérieurs. Cependant, certains éléments d'un contexte idéal sont ressortis par les deux catégories de participants et ce sont : l'adhésion à la vision et aux décisions du directeur, avoir un supérieur qui offre des défis, des occasions de développements et du *coaching*, recevoir de l'information et la complexité de la gestion des ressources humaines.

Après avoir présenté les résultats liés aux cinq objectifs spécifiques de recherche, ce chapitre se termine par les réponses aux deux dernières questions des guides d'entrevue qui visaient à obtenir des éléments synthèses et spontanés en lien avec la perception du *coaching* mobilisateur par les participants.

### 5.5 « Pour vous, mobiliser les équipes de soins c'est...? »

À la fin de l'entrevue, tous les participants des deux catégories étaient invités à répondre de façon spontanée à la question suivante : « Pour vous, mobiliser les équipes de soins c'est...? » Voici les réponses obtenues :

De les écouter, de les soutenir et de les responsabiliser. (IG1 : 46)

Prendre soin de chacun des individus et développer avec eux un soutien d'équipe. (IG2 : 48)

C'est énergisant (rire). Pour moi c'est les écouter, de les connaître, c'est de vivre avec eux autres. C'est aussi de leur exprimer ma reconnaissance pis de leur exprimer aussi la reconnaissance des familles. Pour moi mobiliser les équipes c'est ça, c'est de vivre avec eux autres, toujours être avec eux autres, dans les moments les plus faciles, les plus difficiles. (IG3 : 50)

C'est essentiel. [...] C'est de se maintenir, c'est s'actualiser dans les nouvelles façons de gérer, dans les nouvelles avenues parce que c'est par là que la survie des organisations va passer. [...] Vraiment miser sur les personnes c'est nos objectifs pour les 2-3 prochaines années, miser sur les personnes, miser sur la qualité des personnes aussi pis miser sur le partage que les gens partagent les tâches, partagent leurs responsabilités, partagent leur bonheur de travailler avec nous autres. (CS1 : 31-32)

Pour moi, la mobilisation des équipes de soins c'est la gestion participative et le bonheur au travail. Ça va passer par ces deux points là. Si on réussi ça, on n'a pas de limites, on va être capable de faire tout ce qu'on veut. (CS2 : 30)

De ces réponses, le constat qui se dégage est que le *coaching* mobilisateur implique une dimension humaine dans la gestion des équipes de soins, c'est d'être sensible aux besoins des personnes et de se préoccuper de leur bien-être. En outre, le *coaching* mobilisateur c'est de prendre soin, d'écouter, de soutenir, de responsabiliser, de manifester de la reconnaissance, d'être présent, d'avoir un esprit d'équipe et de prôner une gestion participative. Bref, c'est la gestion humaine des ressources qui ressort. Ces éléments de réponse apportés s'avèrent en lien avec les compétences ressorties à la section 5.1.

Dans la prochaine section, seront présentées les réponses à la dernière question de l'entrevue individuelle semi-dirigée sur les compétences d'un gestionnaire-*coach* mobilisateur.

## **5.6 « Le gestionnaire qui soutient et qui mobilise est capable de...? »**

En lien avec le premier objectif sur les compétences reliées au *coaching* mobilisateur, la dernière question à laquelle les participants étaient invités à répondre spontanément est :

« Le gestionnaire qui soutient et qui mobilise est capable de...? » Voici les réponses obtenues.

Est capable de tout (rire). C'est ça, il est capable de tout. (IG1 : 46)

De tout faire face à toutes les difficultés et faire face à tous les changements avec les équipes, en collaboration. C'est tout. (IG2 : 48)

De rendre concret ce qui est abstrait. C'est vraiment de rendre concret la philosophie qu'on a dans notre organisation. C'est quelqu'un qui est capable de voir au-dessus de lui aussi l'effet à l'extérieur qu'on crée. C'est quelqu'un qui est capable de voir ça, capable d'être reconnu, qui est capable de voir l'effet que ses équipes ont sur la clientèle, sur l'organisation. Pis quand on parle de gestionnaire, je le prends mot à mot, le gestionnaire qui soutient et qui mobilise est capable d'introspection, quelqu'un qui est capable de se connaître dans une équipe, capable de bouger dans une équipe. C'est quelqu'un qui est capable d'autocritique. (IG3 : 50)

Il est capable de tout. Il y a vraiment pas de limites. Un gestionnaire qui est capable de mobiliser ses équipes puis qu'il est mobilisateur, il va arriver avec une idée même saugrenue, tout le monde va le suivre. (CS1 : 33)

Il est capable de faire avancer son équipe, de faire aller son équipe là où il veut. Il ne manipule pas les gens, il est capable de les enligner vers où on veut aller. En leur communiquant bien les choses, on va être capable de les diriger là vers où on veut se rendre. (CS2 : 30)

Les réponses fournies à cette question, en plus de rejoindre ce qui a déjà été ressorti, permettent de compléter le profil général d'un gestionnaire-*coach* mobilisateur infirmier. D'abord, deux participants ont mentionné qu'un gestionnaire-*coach* mobilisateur est capable de tout tandis qu'un autre participant affirme qu'il est capable de faire face à toutes les difficultés et à tous les changements qui se présentent. Pour un cadre supérieur, la compétence d'être visionnaire ressort tout comme la capacité de communiquer efficacement. De plus, deux infirmières gestionnaires et un cadre supérieur abordent la notion d'équipe dans leur réponse, c'est-à-dire qu'un gestionnaire-*coach* mobilisateur est capable de travailler en équipe, de collaborer et de faire avancer son équipe. Finalement,

une infirmière gestionnaire aborde l'introspection et l'autocritique rejoignant ainsi la compétence d'être intègre.

En résumé, l'analyse des données auprès des infirmières gestionnaires a permis de ressortir 12 compétences associées au *coaching* mobilisateur. Quant à l'analyse des entrevues auprès des cadres supérieurs, elle a permis de dégager 10 compétences dont neuf rejoignent celles mentionnées par les infirmières gestionnaires de cette recherche. Le nouvel élément apporté concerne la compétence d'agir avec humanisme et constitue ainsi la 13<sup>e</sup> compétence associée au *coaching* mobilisateur. Ces compétences sont énumérées à la figure 11.

1. Communiquer efficacement
2. Favoriser le travail d'équipe
3. Faire preuve de respect
4. Assurer une présence et une accessibilité
5. Favoriser l'autonomie et la croissance personnelle et professionnelle des employés
6. Faire participer le personnel aux décisions et aux changements
7. Créer des conditions propices au soutien
8. Gérer les conflits
9. Former
10. Être compétent dans son rôle de gestionnaire
11. Faire preuve d'intégrité et d'équité
12. Être visionnaire
13. Agir avec humanisme

*Figure 11* Les compétences utilisées lors de la mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur

Au niveau des effets attendus de la stratégie de *coaching* mobilisateur, les infirmières gestionnaires et les cadres supérieurs souhaitent la satisfaction et le bien-être au travail du personnel, et ce, tout en atteignant les objectifs de l'organisation. Les infirmières gestionnaires questionnées désirent aussi contribuer au développement de leur personnel,

développer l'autonomie des équipes et que celles-ci soient performantes. Le Tableau 13 résume les effets attendus pour tous les participants.

Tableau 13

Les effets recherchés de l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur

Individuel	Collectif	Organisationnel
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Satisfaction au travail des employés</li> <li>❖ Bien-être au travail des employés</li> <li>❖ Développement personnel de leurs employés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Développement de l'autonomie des équipes</li> <li>❖ Performance des équipes</li> <li>❖ Présence d'un climat de travail sain</li> <li>❖ Mobilisation des équipes</li> <li>❖ Consolidation de la vie d'équipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Atteinte des objectifs organisationnels</li> <li>❖ Diminution de l'absentéisme</li> <li>❖ Attraction et rétention du personnel</li> </ul>

Les trois grandes voies d'apprentissage des participantes représentent la formation académique universitaire, les ateliers de formation formelle et le transfert des savoirs tacites par des expériences, d'autres personnes, du *coaching* et par de l'introspection. Le Tableau 14 décrit les différentes sources d'apprentissage de la stratégie de *coaching* mobilisateur ressorties autant par les infirmières gestionnaires que par les cadres supérieurs.

Tableau 14  
Sources d'apprentissage de la stratégie de *coaching* mobilisateur

Formation académique universitaire	Ateliers de formation formelle	Expériences
❖ Programmes en administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Communication</li> <li>❖ Gestion des employés difficiles</li> <li>❖ Planification des changements</li> <li>❖ <i>Coaching</i></li> <li>❖ Selon les besoins des infirmières gestionnaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Situations vécues au travail</li> <li>❖ Introspection</li> <li>❖ Accompagnement et <i>coaching</i> par d'autres gestionnaires ou cadres supérieurs</li> <li>❖ Auprès de d'autres personnes (supérieurs et collègues)</li> </ul>

Finalement, les infirmières gestionnaires et les cadres supérieurs ont identifié des situations ou des éléments d'un contexte idéal et des obstacles à l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur. Le Tableau 15 ressort tous les éléments énumérés par les participants.

Tableau 15

Situations et contextes favorables à l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur et les obstacles

Situations et contextes favorables	Obstacles
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Avoir plus de ressources humaines</li> <li>❖ Avoir plus de temps</li> <li>❖ Avoir un supérieur qui offre des défis, des occasions de développement et du <i>coaching</i></li> <li>❖ Recevoir de la formation et des outils</li> <li>❖ Adhérer à la vision et aux décisions du supérieur</li> <li>❖ Satisfaction au travail</li> <li>❖ Avoir de l'intérêt à demeurer dans l'équipe de direction</li> <li>❖ Prendre soin des gens</li> <li>❖ Recevoir du soutien</li> <li>❖ Recevoir de l'information</li> <li>❖ Présence d'un climat de confiance</li> <li>❖ Avoir de la latitude décisionnelle</li> <li>❖ Présence d'une bonne communication avec le supérieur</li> <li>❖ Recevoir de la reconnaissance par le supérieur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Manque de ressources humaines</li> <li>❖ Différentes contraintes</li> <li>❖ Potentiel de <i>coach</i> mobilisateur peu ou pas développé</li> <li>❖ Complexité de la gestion des ressources humaines</li> <li>❖ Multiples changements</li> <li>❖ Outils harmonisés</li> <li>❖ Démobilisation des infirmières gestionnaires</li> </ul>

Il importe de remarquer que, pour certaines situations favorables à l'utilisation du *coaching* mobilisateur (les trois premières du Tableau 15), les participants ont également relevé les obstacles y étant associés. Par exemple, les participants ont mentionné qu'avoir davantage de ressources humaines serait favorable au *coaching* mobilisateur, alors qu'ils ont relevé le manque de ressources humaines comme obstacle. Le prochain chapitre présente la discussion des résultats et la synthèse des principaux constats. Seront également abordées les différentes recommandations de la recherche.

## CHAPITRE 6 LA DISCUSSION

Ce sixième chapitre expose la discussion des résultats en lien avec les cinq objectifs spécifiques de recherche de même que la synthèse des principaux constats qui se dégage de la discussion. Finalement, ce chapitre se termine par les différentes recommandations pour la recherche, l'administration des soins infirmiers et la formation.

### 6.1 La discussion

Cette section présente la discussion des résultats pour chacun des quatre premiers objectifs de recherche. Quant au cinquième objectif portant sur les attentes des cadres supérieurs, il se trouve incorporé à travers les autres objectifs. D'abord, les compétences ressorties par les infirmières gestionnaires s'avèrent en lien avec la littérature sur le *leadership* transformationnel, le *coaching* et le *caring* administratif. Les attentes des cadres supérieurs en lien avec les compétences des infirmières gestionnaires abondent dans le même sens. En ce qui concerne les effets de la stratégie de *coaching*, les trois niveaux trouvent appui dans la littérature tout comme les trois sources d'apprentissage. Finalement, des éléments d'un contexte idéal se retrouvent dans les écrits comme étant problématiques actuellement tout comme des obstacles identifiés par les participants.

#### 6.1.1 Les compétences des infirmières gestionnaires utilisées lors de la mise en œuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur

Les chapitres de la recension des écrits et du cadre de référence présentaient de façon détaillée de nombreuses compétences et, de cet ensemble, l'analyse en ressort plus particulièrement 13. L'interprétation des données de cet objectif de recherche s'effectuera en référence au profil idéal du gestionnaire-*coach* mobilisateur infirmier présenté à la figure 4. Ainsi, le modèle du RNAO (2007), le modèle de mobilisation de Laflamme *et al.* (1996), les compétences du *coaching* recensées dans la littérature de même que les

notions de *caring* administratif de Boykin et Schoenhofer (1993, 2001a) servent de balises d'interprétation à la dimension des compétences.

D'abord, dans leur modèle conceptuel sur le développement et le maintien du *leadership* transformationnel, le RNAO (2007) recense de nombreuses compétences qui sont présentées au chapitre du cadre de référence. De ces compétences, cette recherche a permis d'en ressortir 12 et ce sont les suivantes : communiquer efficacement, favoriser le travail d'équipe, faire preuve de respect, assurer une présence et une accessibilité, favoriser l'autonomie et la croissance personnelle et professionnelle, faire participer le personnel aux décisions et aux changements, créer des conditions propices au soutien, gérer les conflits, faire preuve d'intégrité et d'équité, être visionnaire, former ainsi qu'être compétent dans son rôle. Cette dernière compétence consiste, entre autres, à développer et à appliquer des connaissances en sciences infirmières. En effet, les *leaders* en soins infirmiers possèdent des connaissances fondées sur les soins infirmiers cliniques, et ce, afin d'assurer une crédibilité et de comprendre le contenu et le contexte des soins, du système et des organisations (RNAO, 2007). Les infirmières gestionnaires doivent également être compétentes dans leur rôle de gestionnaire en étant capable d'assumer leur autorité lorsque les circonstances l'exigent soit de régler les situations problématiques, de gérer les ambiguïtés, de connaître les règles et les procédures et de faire preuve d'une bonne gestion de soi (Jeans & Rowat, 2005).

Pour ce qui est de la compétence d'être visionnaire, c'est-à-dire d'être capable d'établir une vision, elle se retrouve dans le modèle du RNAO (2007) lorsque l'infirmière gestionnaire est amenée à diriger un changement (RNAO, 2007) soit la ligne directrice quatre. L'importance de créer une vision se retrouve aussi dans d'autres écrits sur le *leadership* transformationnel (Bass, 1999; Tremblay, et al., 2005) et dans des écrits sur le *coaching* (Gendron & Faucher, 2002; Gosselin & Gendron, 2001; Kinlaw, 1997, 2005; Lenhardt, 2006; Noyé, 2002).

Par ailleurs, l'analyse a permis d'identifier des compétences qui se retrouvent dans la littérature sur le *coaching*. En effet, les compétences telles que communiquer

efficacement, favoriser l'autonomie et la croissance, favoriser le travail d'équipe, former et être visionnaire se retrouvent dans les écrits sur le gestionnaire-*coach* (Gendron & Faucher, 2002; Gosselin & Gendron, 2001; Kinlaw, 1997, 2005; Lenhardt, 2006; Noyé, 2002). Pour la compétence de former, le RNAO (2007) relate également des comportements et des compétences en ce sens dans sa ligne directrice trois qui consiste à créer un milieu qui appui le développement et l'intégration des connaissances.

La compétence « faire participer le personnel aux décisions et aux changements » résulte de la fusion de deux compétences du modèle du RNAO (2007) soit de faire participer le personnel à la prise de décision et de faire participer le personnel au processus de changement. Ces deux compétences, issues des lignes directrices deux et quatre, impliquent l'action de « faire participer », d'où leur combinaison pour n'en faire qu'une seule compétence. L'infirmière gestionnaire favorise ainsi un mode de gestion participative, compétence reconnue comme étant importante actuellement (Bareil, 2004; Jeans & Rowat, 2005).

En ce qui concerne les compétences de communiquer efficacement, de favoriser le travail d'équipe, de faire preuve de respect et de mettre en place les conditions propices au soutien, qui se retrouvent dans le modèle du RNAO (2007), elles se retrouvent également dans le modèle de mobilisation de Laflamme *et al.* (1996).

L'analyse a aussi permis de dégager que les cadres supérieurs s'attendent à ce que les infirmières gestionnaires soient capables d'agir avec humanisme. La partie sur le *caring* administratif du cadre intégrateur vient appuyer cette compétence dans la mesure où des valeurs humaines y sont associées (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001a; Kérouac, et al., 2003). Les infirmières gestionnaires sont également invitées à gérer le changement de façon humaine en favorisant un climat de confiance où l'écoute, la communication et la gestion participative y trouvent leur place (Bareil, 2004).

Quant aux autres attentes des cadres supérieurs concernant les compétences des infirmières gestionnaires, elles concordent avec les compétences mentionnées par ces

dernières, ce qui vient infirmer la littérature selon laquelle il existerait un écart entre les attentes des cadres supérieurs et le travail réel exercé par ces infirmières gestionnaires (Villeneuve, 2005). En effet, il semble que les infirmières gestionnaires de cette étude adoptent des comportements associés au *coaching* mobilisateur et les attentes des cadres supérieurs vont dans ce sens. Toutefois, les attentes des cadres supérieurs de cette recherche concordent avec ce que la littérature mentionne à ce sujet. Tel qu'abordé dans la problématique, ils s'attendent à ce que les infirmières gestionnaires soient davantage présentes sur le terrain avec leurs équipes et qu'elles agissent comme des accompagnatrices et des *leaders* mobilisateurs (Gagnon & Desjardins, 2009). Ils souhaitent aussi qu'elles aient des rôles de visionnaire, de développeur, de mobilisateur et de *coach* (Villeneuve, 2005).

En résumé, les résultats en lien avec les compétences du *coaching* mobilisateur se voient totalement confirmés par la littérature sur le *leadership* transformationnel et mobilisateur. Aucun élément nouveau n'est apparu lors de l'analyse. Par ailleurs, les résultats obtenus confirment la littérature sur le *coaching* en plus d'y ajouter un nouvel élément en lien avec la notion de mobilisation rattachée au *coaching* dans le cadre de cette recherche. Les compétences ressorties rejoignent également les notions de *caring* en administration des soins où des valeurs humaines y sont associées ainsi que des comportements de respect, de soutien et d'aide (Kérouac, et al., 2003). En effet, une infirmière gestionnaire ayant une vision de *caring* aura soin de créer une culture de croissance et de développement de même qu'elle mettra en place un environnement qui soutient et appuie les personnes (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001a). Elle soutient les personnes dans une culture qui valorise et respecte les personnes telles qu'elles sont (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001a).

### **6.1.2 Les effets escomptés de l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires**

Il apparaît que les résultats obtenus s'avèrent en lien avec la littérature. En effet, ce qui se dégage des entrevues effectuées auprès des infirmières gestionnaires est qu'en mobilisant

leurs équipes de soins, elles souhaitent la satisfaction et le bien-être au travail des employés, et ce, tout en atteignant les objectifs de l'organisation. Les infirmières gestionnaires questionnées désirent également développer les aspects personnels et professionnels de leurs employés, développer l'autonomie des équipes et que celles-ci soient performantes. Les réponses des cadres supérieurs vont dans le même sens en plus de ressortir des effets au niveau de la mobilisation et de la consolidation de la vie d'équipe. Avec l'utilisation du *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires, les cadres supérieurs souhaitent observer une diminution de l'absentéisme, une augmentation de l'attraction et de la rétention du personnel et l'atteinte d'objectifs organisationnels.

Dans la littérature sur le *leadership* transformationnel, il appert que la satisfaction au travail en constitue un effet (Doran, et al., 2004; Irvine & Evans, 1995; Medley & Larochelle, 1995; RNAO., 2007; Stordeur & D'hoore, 2006). Ces recherches ont montré un lien entre un *leadership* novateur et dynamique par des infirmières gestionnaires et la satisfaction au travail des infirmières, une diminution de l'absentéisme au travail et une augmentation de leur rétention. Le leadership entraîne également un effet de mobilisation auprès des employés (Laflamme et al., 1996; Tremblay et al., 2005) et de bien-être (Tremblay et al., 2005).

Du côté de la littérature sur le *coaching*, l'atteinte des objectifs organisationnels correspond à un effet souhaité du *coaching* (Gosselin & Gendron, 2001) tout comme le développement des individus (Lenhardt, 2006; Noyé, 2002; Stacke, 2000), le développement de l'autonomie des équipes (Gendron & Faucher, 2002; Lenhardt, 2006; Noyé, 2002), la performance des équipes de travail (Gendron & Faucher, 2002), la mobilisation (Kinlaw, 1997, 2005; Lenhardt, 2006; Noyé, 2002) et la consolidation de la vie d'équipe (Gosselin et Gendron, 2001).

### **6.1.3 Comment les infirmières gestionnaires ont-elles développé leur stratégie de coaching mobilisateur dans leur unité de soins?**

Les trois grandes voies d'apprentissage de la stratégie trouvent appui dans la littérature. D'abord, au niveau de l'apprentissage par la formation académique, une étude de Stordeur (2003) sur le *leadership* des gestionnaires en soins infirmiers avançait qu'une formation en gestion favoriserait le développement du *leadership* transformationnel et ces résultats correspondent aux écrits de Bass (1999). Pour le RNAO (2007), des études supérieures en soins infirmiers seraient en lien avec des qualités de *leaders* efficaces tout comme le sont les années d'expérience.

Pour les ateliers de formation formelle, la littérature appuie également cette forme d'apprentissage. Ainsi, le *leadership* se développerait notamment par de la formation (RNAO, 2007; Vesterinen, et al., 2009) tout comme le *coaching* (Gosselin & Gendron, 2001). De façon plus spécifique au *coaching* des gestionnaires, il semblerait que de la formation en relation d'aide (Lenhardt, 2006) de même que des programmes de formation en lien avec la connaissance de soi, la gestion du stress et des priorités et la communication soient importants (Stacke, 2000).

Finalement, concernant les savoirs tacites issus d'expériences, le RNAO (2007) précise que le *leadership* peut se développer par du préceptorat et du mentorat. Une autre façon recensée dans la littérature permettant d'acquérir des compétences de *leadership* pour un gestionnaire consiste à recevoir du *coaching* c'est-à-dire du *coaching* exécutif (Reid Ponte, et al., 2006). Par ailleurs, dans la recherche qualitative de Vesterinen *et al.* (2009), parmi les facteurs influençant le style de *leadership* des infirmières gestionnaires, les supérieurs en font partie. L'expérimentation permet également le développement du *coaching* (Gosselin & Gendron, 2001). Quant à l'introspection, il semblerait qu'un travail fondamental sur soi ou de développement personnel constitue une démarche essentielle pour un gestionnaire-coach (Gosselin & Gendron, 2001; Lenhardt, 2006; Stacke, 2000).

Ainsi, la littérature confirme amplement les trois grandes voies d'apprentissage de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les participantes, c'est-à-dire par de la formation

académique universitaire, des ateliers de formation et des savoirs tacites issus d'expériences, de d'autres personnes et par de l'introspection.

#### **6.1.4 Des situations ou contextes et obstacles plus ou moins favorables à la mobilisation**

Parmi les éléments d'un contexte favorable au *coaching* mobilisateur, les infirmières gestionnaires ont identifié le fait d'avoir davantage de soutien, de temps, d'information et de ressources humaines. Une des participantes a également relevé le manque de ressources humaines comme faisant partie des obstacles aux côtés des multiples changements qui surviennent, des outils harmonisés, des différentes contraintes et de la complexité de la gestion des ressources humaines.

La littérature montre que les cadres intermédiaires vivent actuellement la « maladie du gestionnaire », c'est-à-dire qu'ils sont souffrants, essouffés et fatigués (Desjardins, 2007), ils vivent de la surcharge de travail (Gagnon & Desjardins, 2009; Mayrand Leclerc, 2006) ainsi qu'une augmentation du travail administratif au détriment du travail clinique (Stordeur & Viens, 2009; Villeneuve, 2005). Ils font également face à la pénurie de personnel avec laquelle ils doivent composer au jour le jour. Des recherches ont montré que les infirmières gestionnaires vivaient, en plus de la surcharge de travail, des contraintes de temps (Loo & Thorpe, 2004; Shirey, et al., 2008).

Plus particulièrement au Québec, Mayrand Leclerc (2006) a ressorti que les infirmières gestionnaires vivent des facteurs stressants tels que des contraintes de temps resserrées et le manque de ressources humaines et financières. Le soutien social perçu tant de la part des employés que du supérieur immédiat est également un autre élément problématique, ou plutôt une dimension « fragilisée » par les conditions de travail actuelles (Mayrand Leclerc, 2006). Du côté du CHUQ, il est ressorti d'une étude que les gestionnaires consacrent insuffisamment de temps à la gestion des ressources humaines au détriment d'une grande quantité de travail technique, soit clérical (Joron, 2004). Les groupes de discussion au CSSS QN ont ressorti que le personnel d'encadrement vit une surcharge de

travail liée principalement aux nombreux changements à apporter en peu de temps, à la pénurie de main-d'œuvre, à l'accomplissement d'une grande variété de tâches cléricales au détriment de la gestion des équipes, à un ratio d'encadrement trop volumineux ainsi qu'à l'éparpillement des équipes sur plusieurs sites (CSSS QN, 2009b). D'ailleurs, Gagnon *et al.* (2009) affirment que la charge de travail des cadres est davantage problématique chez ceux gérant plus de 50 employés dans un contexte multisites et ayant peu de soutien clérical et administratif.

Pour les infirmières gestionnaires de cette recherche, elles gèrent plus de 41 employés représentés par au moins cinq titres d'emplois, dont deux gèrent plus de 61 employés. Pour l'une d'entre elles, les équipes sont réparties sur deux à trois sites, alors que pour les deux autres, leurs équipes se trouvent sur un site. C'est donc dire que le facteur multisites n'est problématique que pour une participante tandis que le nombre d'employés à superviser est élevé pour l'ensemble.

En ce qui concerne le nombre d'heures en soutien clérical auquel les participantes de cette recherche ont droit, il ne semble pas problématique pour deux d'entre elles qui ont accès à au moins 30 heures par semaine de soutien clérical tandis que l'une d'entre elle a droit à quatre heures par semaine. Toutefois, le manque de soutien clérical a été ressorti par deux infirmières gestionnaires. Cela pourrait dénoter, qu'en dépit d'un soutien clérical de plus de 30 heures par semaine, les tâches cléricales demeurent encore importantes. Le résultat pourrait aussi s'expliquer par le fait qu'elles venaient de vivre une réorganisation du travail, donc encore moins de temps pour les tâches cléricales et administratives.

En ce qui concerne la catégorie « avoir un supérieur qui offre des défis et des occasions de développement et du *coaching* », elle se retrouve dans la littérature. Selon Laflamme *et al.* (1996), un gestionnaire mobilisateur présente des défis à ses employés. Dans ce cas-ci, dans un contexte de mobilisation idéal, il s'agit du cadre supérieur qui offre des défis dans le travail des infirmières gestionnaires. Par ailleurs, un gestionnaire peut offrir du *coaching* à ses employés afin de les mobiliser (Gosselin & Gendron, 2001). Toutefois, cet

élément ne semble pas figurer comme étant problématique dans la littérature à notre connaissance.

Une participante a mentionné qu'actuellement, étant donné la pénurie de main-d'œuvre, cela représente un contexte idéal pour prendre soin du personnel. Selon Boykin et Schoenhofer (1993, 2001a), dans une philosophie de gestion basée sur le *caring*, l'infirmière gestionnaire crée un environnement favorable au soutien et à l'appui des personnes tout en actualisant une philosophie de *caring* dans l'organisation. Pourtant, une enquête terrain du MSSS (Gagnon & Desjardins, 2009) montre qu'il y a perte d'humanisation dans la gestion des ressources humaines au sein de plusieurs établissements de santé au Québec.

L'élément « adhérer à la vision et aux décisions du directeur » semble également prendre appui dans la littérature. En gestion du changement, le gestionnaire (qu'il soit de type intermédiaire ou supérieur) a avantage à partager sa vision afin de favoriser l'engagement et le soutien des autres dans ce changement (RNAO, 2007). De plus, selon Tremblay *et al.* (2005), un leader mobilisateur fournit une vision et des objectifs rassembleurs et les personnes se mobilisent lorsqu'ils croient en quelque chose. Il semble ainsi que, pour utiliser la stratégie de *coaching* mobilisateur auprès de ses employés, l'infirmière gestionnaire devrait adhérer aux visions et décisions de son supérieur et ainsi être elle-même mobilisée. Cet élément ne semble pas problématique du côté de la littérature pour les infirmières gestionnaires.

Il s'avère que certains éléments identifiés par les infirmières gestionnaires comme faisant partie d'un contexte idéal au *coaching* mobilisateur se retrouvent dans la littérature comme étant problématique dans le contexte actuel (Joron, 2004; Loo & Thorpe, 2004; Mayrand Leclerc, 2006; Shirey, et al., 2008). Les infirmières gestionnaires ont identifié le soutien, avoir davantage de ressources humaines et de temps comme étant des éléments d'un contexte idéal. À ces éléments, s'ajoute le fait d'avoir plus d'information. À cet effet, il semblerait que le partage d'information est recensé comme faisant partie des pratiques de gestion des ressources humaines efficaces et mobilisatrices selon Tremblay

*et al.* (2005). Le RNAO (2007) abonde dans le même sens lorsqu'il mentionne que les fondements ou les facteurs structurels nécessaires à la création d'un milieu de travail habilitant (deuxième ligne directrice) sont l'accès à l'information, le soutien reçu et l'accès aux ressources. Pourtant, selon la littérature, le manque d'information serait problématique pour les infirmières gestionnaires (Mayrand Leclerc, 2006).

Du côté des obstacles au *coaching* mobilisateur, les participantes ont ressorti des éléments moins favorables à la mise en place de cette stratégie. Une participante a ressorti à titre d'exemple, l'embauche. Quant aux autres contraintes, les résultats des questionnaires des données socio-démographiques montrent que, pour la gestion des courriels et des appels téléphoniques, les infirmières gestionnaires passent en moyenne huit heures par période soit environ deux heures par semaine. Pour le temps passé en réunion ou en comité, il est en moyenne de 24 heures par période ou de six heures par semaine. Il ressort que ce temps considérable passé à répondre à des courriels ou en réunion ne sert pas, par exemple, à être présent auprès du personnel. D'ailleurs, les infirmières gestionnaires ont répondu passer en moyenne 32 heures par période avec leurs équipes soit huit heures par semaine. La littérature à ce sujet soulève la problématique du temps passé en réunion par les gestionnaires clinico-administratifs alors qu'on leur demande d'être davantage présents auprès du personnel (Mayrand Leclerc, 2006; Villeneuve, 2009, cité dans Gagnon & Desjardins, 2009). La gestion quotidienne des nombreux courriels et appels téléphoniques est aussi ressortie dans la littérature comme étant problématique pour les gestionnaires (AGESSS, 2006).

En ce qui concerne les autres obstacles identifiés par les participantes, ils se retrouvent également dans la littérature. Ainsi, le manque de ressources humaines (Mayrand Leclerc, 2006), aux côtés des multiples changements qui surviennent (Bédard, Benoît & Viens, 2003; CSSS QN, 2009b) et de la complexité de la gestion des ressources humaines (Mayrand Leclerc, 2006) ont été identifiés dans les écrits comme étant problématiques actuellement. Pour ce qui est de l'obstacle « les outils harmonisés », qui rendent difficiles la prise en considération de l'individualité de chaque personne, il trouve un certain appui dans la littérature. En effet, la théorie du *caring* reconnaît l'unicité des besoins de chaque

humain. Elle reconnaît que chaque personne a un processus unique de vivre et de grandir (Boykin & Schoenhofer, 1993). Les outils harmonisés semblent ainsi aller à l'encontre de ce que cette théorie prône comme valeur. Il importe de rappeler que le gestionnaire-*coach* mobilisateur énonce une vision de *caring* administratif et des valeurs y étant associées. Toutefois, cet élément ne figure pas comme étant problématique actuellement du côté de la littérature.

Concernant les cadres supérieurs, ils mentionnent 10 éléments reliés au contexte favorable à la mise en place du *coaching* mobilisateur dont trois déjà abordés par les infirmières gestionnaires ayant participé à cette recherche. Ces éléments communs constituent l'adhésion à la vision et aux décisions du directeur, avoir un supérieur qui offre des défis et des occasions de développements et du *coaching* ainsi que recevoir de l'information. Un autre élément associé au contexte idéal de mobilisation concerne la latitude décisionnelle. Selon Stordeur et Viens (2009), la latitude accordée à l'infirmière gestionnaire détermine pour une part importante l'opportunité de démontrer des comportements facilitant l'habilitation des infirmières. Toutefois, il semble qu'actuellement, la latitude décisionnelle constitue un élément problématique chez les infirmières gestionnaires (Mayrand Leclerc, 2006).

Parmi d'autres éléments mentionnés, se retrouvent le fait d'avoir des outils et de la formation sur la gestion des employés difficiles, la présence d'un climat de confiance entre l'infirmière gestionnaire et le cadre supérieur, une bonne communication et de la reconnaissance. Ces éléments se retrouvent dans le modèle de mobilisation de Laflamme *et al.* (1996) lorsque le gestionnaire offre du soutien, qu'il communique et qu'il donne de la rétroaction descriptive. De plus, la reconnaissance constitue un élément essentiel à la mobilisation (Tremblay, 2005). Cependant, la reconnaissance représente actuellement un élément problématique dans l'environnement psychosocial du travail des infirmières gestionnaires (Mayrand Leclerc, 2006), tout comme le climat de travail s'avère négatif (Gagnon & Desjardins, 2009). Les éléments « recevoir de la formation et des outils » et « présence d'une bonne communication avec le supérieur » ne semblent pas problématiques du côté de la littérature à notre connaissance.

Quant à l'élément « avoir de l'intérêt à demeurer dans l'équipe de direction », il ne semble pas y avoir directement de lien avec la littérature autre que la notion du sentiment d'appartenance dont abordent Laflamme *et al.* (1996) dans leur modèle de mobilisation afin de favoriser l'esprit d'équipe. De plus, un leader transformationnel qui exprime des sentiments forts d'attachement à l'organisation inspire à ses employés une loyauté envers l'organisation (Stordeur & Viens, 2009). Ainsi, pour mobiliser son personnel, l'infirmière gestionnaire aurait avantage à vouloir encore faire partie de l'équipe de direction même si, actuellement, le maintien en poste chez les 55 ans et plus dans des fonctions de gestion s'avère difficile (Gagnon & Desjardins, 2009).

Les obstacles au *coaching* mobilisateur identifiés par les cadres supérieurs de cette recherche concernent la complexité de la gestion des ressources humaines, la démobilisation du gestionnaire lui-même et un rôle de mobilisation qui n'est pas pleinement vécu. À cet effet, des écrits soulignent que le contexte actuel difficile fait en sorte que les gestionnaires semblent démobilisés (Gagnon & Desjardins, 2009) et qu'il y aurait des besoins de perfectionnement concernant certaines compétences de *leadership* (Gagnon, et al., 2006). Il importe de souligner que, pour utiliser la stratégie du *coaching* mobilisateur, l'infirmière gestionnaire aurait avantage à être elle-même mobilisée. En effet, pour Tremblay et Wils (2005), « le point de départ consiste probablement à se doter d'une équipe de *management* mobilisée et à travailler à réunir les conditions propices à la mobilisation » (Tremblay & Wils, 2005, p. 13). La mobilisation engendre la mobilisation (Tremblay & Wils, 2005).

En somme, des éléments identifiés par les infirmières gestionnaires et les cadres supérieurs comme faisant partie d'un contexte idéal au *coaching* mobilisateur se retrouvent dans la littérature comme étant problématiques dans le contexte actuel tout comme des obstacles identifiés se retrouvent également dans les écrits. Cependant, les éléments d'un contexte idéal « adhérer à la vision et aux décisions du directeur », « avoir un supérieur qui offre des défis, des occasions de développement et du *coaching* », « recevoir de la formation et des outils » et la « présence d'une bonne communication

avec le supérieur » représentent des éléments d'un contexte idéal de mobilisation qui ne semblent pas problématiques actuellement du côté de la littérature, tout comme l'obstacle « les outils harmonisés ».

## 6.2 La synthèse des principaux constats

En lien avec le premier objectif spécifique de recherche et à partir du modèle du RNAO (2007) sur le développement et le maintien du *leadership* transformationnel, cette recherche a permis de ressortir 13 compétences associées à la mise en oeuvre de la stratégie de *coaching* mobilisateur. De ces 13 compétences, 12 sont énumérées par les infirmières gestionnaires et ce sont les suivantes : communiquer efficacement, favoriser le travail d'équipe, faire preuve de respect, assurer une présence et une accessibilité, favoriser l'autonomie et la croissance personnelle et professionnelle, faire participer le personnel aux décisions et aux changements, créer des conditions propices au soutien, gérer les conflits, faire preuve d'intégrité et d'équité, être visionnaire, former et être compétent dans son rôle. Quant à l'analyse des entrevues auprès des cadres supérieurs, elle a permis de dégager 10 compétences dont neuf rejoignent celles mentionnées par les infirmières gestionnaires de cette recherche. Le nouvel élément apporté concerne la compétence d'agir avec humanisme et constitue ainsi la 13<sup>e</sup> compétence associée au *coaching* mobilisateur. Les résultats se voient confirmer par la littérature sur les compétences des gestionnaires en général et des infirmières gestionnaires, le *leadership* transformationnel et mobilisateur, le *coaching* et le *caring* en administration des soins infirmiers.

En ce qui concerne le deuxième objectif spécifique de recherche, par l'utilisation de la stratégie de *coaching* mobilisateur, le gestionnaire peut théoriquement s'attendre à voir une amélioration de la performance tant des individus, des équipes que de l'organisation, à obtenir une meilleure cohésion au sein des équipes et, finalement, à avoir des personnes et des équipes engagées et mobilisées (Gendron & Faucher, 2002; Gosselin & Gendron, 2001; Kinlaw, 1997, 2005; Lenhardt, 2006; Noyé, 2002; Stacke, 2000). Il apparaît que les résultats obtenus s'avèrent en lien avec la littérature. En effet, ce qui se dégage des

entrevues effectuées auprès des infirmières gestionnaires est qu'en mobilisant leurs équipes de soins, elles souhaitent la satisfaction et le bien-être au travail du personnel, et ce, tout en atteignant les objectifs de l'organisation. Les infirmières gestionnaires questionnées désirent également contribuer au développement de leur personnel, développer l'autonomie des équipes et que celles-ci soient performantes.

Pour le troisième objectif spécifique de recherche, la littérature confirme amplement les trois grandes voies d'apprentissage de la stratégie de *coaching* mobilisateur des participantes, c'est-à-dire par de la formation académique (Bass, 1999; RNAO, 2007; Stordeur, 2003), des ateliers de formation (Lenhardt, 2006; RNAO, 2007; Stacke, 2000; Vesterinen, et al., 2009) de même que des savoirs tacites issus d'expériences, d'autres personnes et de l'introspection (Gosselin & Gendron, 2001; Lenhardt, 2006; Reid Ponte, et al., 2006; Stacke, 2000; Vesterinen, et al., 2009).

Au niveau du quatrième objectif spécifique de recherche, des éléments identifiés par les infirmières gestionnaires et les cadres supérieurs comme faisant partie d'un contexte idéal au *coaching* mobilisateur se retrouvent dans la littérature comme étant problématiques dans le contexte actuel tandis que les obstacles identifiés se retrouvent également dans les écrits. Les éléments d'un contexte idéal «adhérer à la vision et aux décisions du directeur», « avoir un supérieur qui offre des défis, des occasions de développement et du *coaching* », « recevoir de la formation et des outils » et la « présence d'une bonne communication avec le supérieur » représentent des éléments d'un contexte idéal de mobilisation qui ne semblent pas problématiques actuellement du côté de la littérature, tout comme l'obstacle « les outils harmonisés ».

Pour le dernier et cinquième objectif spécifique de recherche en lien avec les attentes des cadres supérieurs face à la dimension *coaching* mobilisateur du travail des infirmières gestionnaires, les résultats obtenus se voient confirmés par les écrits (Villeneuve, 2005). Cependant, les résultats de la présente recherche infirment les écrits mentionnant qu'il existe une divergence entre les attentes de ces cadres supérieurs et le travail réel exercé par les infirmières gestionnaires (Villeneuve, 2005). En effet, il semble que les

infirmières gestionnaires de cette étude adoptent des comportements en lien avec le *coaching* mobilisateur et les attentes des cadres supérieurs vont dans ce sens.

Somme toute, le *coaching* tel qu'il a été défini dans le cadre de cette recherche, c'est-à-dire *une stratégie d'accompagnement des individus et des équipes de travail utilisée par le leader transformationnel mobilisateur afin de favoriser leur engagement et leur mobilisation*, requiert théoriquement des compétences en lien avec le *leadership* transformationnel et mobilisateur et le *coaching*. Puisque dans le cas présent, le *leader* s'avère une infirmière gestionnaire, des compétences au niveau du *caring* en administration des soins infirmiers s'ajoutent aux autres compétences. Les résultats de cette recherche des infirmières gestionnaires de l'hébergement utilisant la stratégie de *coaching* mobilisateur abondent dans ce sens. En effet, les résultats obtenus montrent que le profil idéal du gestionnaire-coach mobilisateur infirmier possède des compétences humaines, relationnelles, pédagogiques, de visionnaire en plus de démontrer des habiletés qui favorisent le travail d'équipe et un mode de gestion participative.

Il semble que la stratégie de *coaching* mobilisateur s'emploie dans un contexte actuel plus ou moins favorable à sa mise en œuvre. De fait, plusieurs éléments d'un contexte idéal et des obstacles rapportés par les participantes s'avèrent actuellement problématiques selon la littérature. Le contexte actuel des infirmières gestionnaires de l'hébergement de cette étude est caractérisé par des changements qui sont survenus au cours des mois précédents les entrevues. D'ailleurs, toutes ont rapporté des exemples et des informations en lien avec le projet de réorganisation du travail qui s'est déroulé récemment dans leur établissement. Les éléments de réponse fournis par les infirmières gestionnaires sont ainsi teintés du contexte de changement vécu par celles-ci et renforcent par le fait même l'importance des compétences en lien avec une gestion humaine du changement tel que rapporté dans la littérature (Bareil, 2004).

Bref, ce contexte actuel marqué par les changements est présent tant dans la littérature que pour les infirmières gestionnaires de cette recherche. Ces dernières ressortent d'ailleurs l'importance d'une gestion participative, des compétences relationnelles et

pédagogiques et surtout de l'aspect humain de la gestion tant du changement qu'au quotidien. Tel que présenté dans le cadre de référence intégrateur au chapitre trois, la mise en œuvre de la stratégie du *coaching* mobilisateur représente une gestion humaine des ressources et nécessite des compétences de *leadership* transformationnel et mobilisateur et de *coaching* en plus de s'inspirer d'une philosophie de *caring*. En outre, partant d'une vision et de valeurs basées sur le *caring*, les infirmières gestionnaires agissent de façon humaine et elles placent leur personnel au centre de leur intérêt. Il semble ainsi y avoir un virage dans la fonction de direction des infirmières gestionnaires : elles *coachent* leurs équipes de soins plutôt que de les diriger. Selon des auteurs, le gestionnaire mobilisateur a avantage à modifier son approche : c'est-à-dire passer d'un style contrôle à un style *coaching* dans lequel se retrouvent l'accompagnement, la rétroaction et le soutien (Laflamme et al., 1996; St-Onge et al., 2004). Les résultats de cette recherche semblent aller dans le sens de ce virage.

Toutefois, les résultats de cette étude ne sont pas généralisables à l'ensemble des infirmières gestionnaires, car cet échantillon ne représente que des infirmières gestionnaires oeuvrant en hébergement d'un CSSS de la région de Québec. Néanmoins, le fait que les résultats soient en lien avec la littérature sert d'un bon point de départ pour l'identification et la description du profil idéal d'un gestionnaire-*coach* mobilisateur infirmier.

De cette recherche descriptive sur le *coaching* mobilisateur des infirmières gestionnaires du secteur de l'hébergement, des pistes de recommandations pour la recherche, l'administration des soins infirmiers et la formation peuvent être dégagées.

### **6.3 Les recommandations pour la recherche**

D'abord, d'autres recherches descriptives sur ce sujet impliquant davantage d'infirmières gestionnaires et d'autres secteurs d'activités de soins infirmiers permettraient un portrait plus précis des compétences et des comportements associés à la stratégie de *coaching* mobilisateur. Dans un deuxième temps, il pourrait être également pertinent de

questionner le personnel de soins soit les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires afin de vérifier les effets tant individuels que collectifs de cette stratégie. Des recherches identifient des effets positifs associés au *leadership* transformationnel (Doran, et al., 2004; RNAO, 2007; Stordeur, et al., 2001). Ainsi, des études vérifiant le lien entre l'emploi de la stratégie de *coaching* mobilisateur et la satisfaction au travail, les taux de roulement, d'absentéisme et de rétention du personnel seraient intéressantes. Toutefois, avant d'arriver à ce type de recherche plutôt quantitative, il reste à circonscrire plus clairement les comportements et les compétences à l'aide d'une grille qui permettrait de mesurer l'emploi de la stratégie de *coaching* mobilisateur par le gestionnaire. D'où la nécessité actuelle d'effectuer davantage d'études qualitatives descriptives sur le sujet.

Ensuite, d'autres recherches afin de mettre en lumière les savoirs tant tacites qu'explicites associés au *coaching* mobilisateur de même que les moyens d'apprentissage et de transfert de ces savoirs (Renaud, 2008) s'avèreraient fort intéressants. En effet, les résultats de cette recherche montrent que la mise en œuvre de cette stratégie requiert de la formation formelle et de l'expérience. Toutefois, le petit nombre de participants ne permet pas de départager et de préciser avec exactitude les savoirs tant explicites que tacites de la stratégie et les moyens d'apprentissage et de transfert de ces savoirs. Seules d'autres recherches sur l'apprentissage de la stratégie de *coaching* mobilisateur avec davantage de questionnaires permettraient un tel éclairage.

Tel que vu dans la problématique, les gestionnaires du réseau de la santé sont actuellement en surcharge de travail, ils vivent des conditions d'exercice difficiles en plus de faire face à de nombreux changements (Desjardins, 2007; Desjardins & Gagnon, 2009; Gagnon, et al., 2009; Mayrand Leclerc, 2006). Nous croyons que cette situation a eu un impact sur le nombre de participants à cette recherche. Il pourrait être alors pertinent de recourir à des techniques de recrutement différentes prenant en considération cet aspect du travail des gestionnaires. À titre d'exemple, les gestionnaires reçoivent de nombreux courriels (AGESSS, 2006). Ainsi, le recrutement de participants par courriel ne s'avère peut-être pas le moyen idéal de susciter leur intérêt.

Enfin, une difficulté a été rencontrée avec le comité d'éthique à la recherche en raison du fait que le contenu théorique de cette étude était susceptible de créer une anxiété de performance chez les gestionnaires participant à la recherche. Une approche différente du sujet dans une recherche ultérieure permettrait peut-être d'éviter cette difficulté. Par ailleurs, en dépit du fait que le *coaching* en général est un sujet connu, cette forme de *coaching* tel que défini ici l'est peut-être moins. D'où la nécessité d'effectuer davantage d'études sur la stratégie de *coaching* mobilisateur afin de sensibiliser les gestionnaires à son utilisation.

#### **6.4 Les recommandations pour l'administration des soins infirmiers**

Les gestionnaires de façon générale possèdent quatre fonctions : planification, organisation, direction et contrôle (Huber, 2006b; St-Onge, et al., 2004). À la lumière de ce qui a été présenté dans la recension des écrits et les résultats de cette recherche, il semble y avoir un virage dans la fonction de direction dans laquelle le gestionnaire, ou plutôt le *leader*, *coache* ses employés plutôt que de les diriger. Ce tournant implique des comportements au quotidien différents de la part des gestionnaires et des compétences davantage relationnelles et humaines en plus des compétences pédagogiques et de visionnaire.

Ensuite, les résultats montrent que les compétences du *coaching* mobilisateur sont en lien avec les notions de *caring*. Le développement et l'adoption d'une philosophie et des valeurs basées sur le *caring* au sein des établissements seraient ainsi plus susceptibles de favoriser le déploiement de la stratégie de *coaching* mobilisateur par les infirmières gestionnaires.

Finalement, pour les cadres supérieurs, il s'avère important qu'ils aient des attentes bien précises en lien avec le *coaching* du travail des infirmières gestionnaires (Villeneuve, 2005) et qu'ils leur offrent ainsi des occasions telles que de la formation ou des sessions de *coaching* afin de développer cette stratégie (Reid Ponte, et al., 2006). Par ailleurs, lors

de l'embauche ou de la nomination de nouvelles infirmières gestionnaires, les compétences-clés associées au *coaching* mobilisateur pourraient être davantage prises en considération dans le choix de la candidature idéale.

## 6.5 Les recommandations pour la formation

Tel que souligné antérieurement, une formation universitaire de deuxième cycle et/ou en gestion s'avère importante pour un *leadership* de la part des infirmières gestionnaires (RNAO, 2007; Stordeur, 2003). Cette recherche montre également que deux des trois participantes ont appris leur stratégie de *coaching* mobilisateur par une formation universitaire en gestion. Ainsi, les infirmières gestionnaires auraient avantage à détenir ou à suivre une formation universitaire en gestion dans laquelle des notions théoriques sur le *coaching* mobilisateur seraient abordées.

Néanmoins, bien que la littérature et les recommandations prônent une formation universitaire en gestion pour les infirmières gestionnaires, il n'en demeure pas moins qu'une formation infirmière initiale est un élément important à la mise en place d'un environnement de soins empreint de *caring* (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001a). Ce dernier aspect étant relié à une pratique de *caring* par les infirmières auprès des patients (Kérouac, et al, 2003). Il faut être toutefois conscient que « la place d'être infirmière » ou plutôt la valeur ajoutée d'une infirmière dans un rôle de gestionnaire clinico-administratif est l'objet d'un débat actuellement. À cet effet, il est espéré que cette recherche saura faire ressortir l'importance de la formation infirmière dans la mobilisation des équipes de soins tel que l'illustre le profil idéal du gestionnaire-*coach* mobilisateur infirmier à la figure 4.

## CONCLUSION

Les infirmières gestionnaires vivent actuellement des conditions de travail difficiles dont une surcharge de travail tant quantitative que qualitative. Afin de bien remplir leurs fonctions et leurs rôles dans ce contexte difficile, elles ont avantage à posséder certaines compétences ou à en développer d'autres plus contemporaines. Parmi les écrits, les compétences qui ressortent couvrent un large éventail allant de la planification stratégique à la gestion des ressources humaines. Par ailleurs, le *leadership* transformationnel constitue une compétence importante tout comme les habiletés liées à la mobilisation du personnel. Des stratégies permettent le développement du *leadership* transformationnel telles qu'une formation en gestion tandis que d'autres stratégies favorisent plutôt sa mise en œuvre ou son déploiement. Le *coaching* constitue une de ces stratégies et la présente recherche a porté sur celle-ci.

La littérature recense différentes formes et définitions du *coaching*. Pour cette recherche, des éléments des définitions provenant d'experts en la matière ont été retenues et ont permis d'élaborer la définition du *coaching* suivante : une stratégie d'accompagnement des individus et des équipes de travail utilisée par le *leader* transformationnel mobilisateur afin de favoriser leur engagement et leur mobilisation. Il s'agit ainsi de la stratégie de *coaching* mobilisateur. De la littérature, se dégage une nouvelle catégorie de gestionnaire soit celle de « gestionnaire-coach ». Les compétences recensées d'un *coach* et d'un gestionnaire-coach s'avèrent principalement de type relationnel soient la capacité d'établir une bonne relation de confiance, de communiquer adéquatement, de poser des bonnes questions afin de susciter la réflexion et un recadrage, d'écouter et de faire de la rétroaction de qualité. En plus d'être visionnaire, des compétences au niveau pédagogique constituent d'autres formes d'habiletés importantes, c'est-à-dire la capacité de faciliter les apprentissages et de voir à favoriser l'autonomie de la personne de même que de voir au développement de ses compétences et de son potentiel. Par la stratégie de *coaching* mobilisateur, le gestionnaire peut s'attendre à une amélioration de la performance tant des individus, des équipes que de l'organisation, à une meilleure

cohésion au sein de l'équipe et, finalement, à voir des personnes et des équipes engagées et mobilisées.

Le cadre de référence intégrateur de cette recherche est représenté par le profil idéal du gestionnaire-*coach* mobilisateur et infirmier. Il est issu de la théorie *Nursing as caring* de Boykin et Schoenhofer (1993, 2001a), du modèle de développement et de maintien du *leadership* transformationnel du RNAO (2007) ainsi que des éléments du modèle de mobilisation de Laflamme *et al.* (1996) et des notions du *coaching*.

Cette recherche qualitative d'inspiration phénoménologique a mis en lumière les compétences-clés associées au *coaching* mobilisateur des infirmières gestionnaires du secteur de l'hébergement. Ces compétences reflètent des habiletés relationnelles, pédagogiques, de visionnaire, de travail d'équipe et de gestion participative. L'analyse des entrevues auprès des cadres supérieurs a permis de dégager une autre compétence soit la capacité d'agir avec humanisme. Les participants se sont prononcés sur les effets de cette stratégie qui se situent à trois niveaux soient individuel, collectif et organisationnel. Les résultats obtenus s'avèrent en lien avec la littérature tout comme les écrits confirment les trois grandes voies d'apprentissage de la stratégie par les participantes, c'est-à-dire par de la formation académique, des ateliers de formation et des savoirs tacites issus d'expériences, de d'autres personnes et de l'introspection. Les infirmières gestionnaires et les cadres supérieurs identifient des éléments d'un contexte idéal et certains de ces éléments se retrouvent dans la littérature comme étant problématiques dans le contexte actuel tout comme des obstacles identifiés se retrouvent également dans les écrits. Les éléments d'un contexte idéal «adhérer à la vision et aux décisions du directeur», « avoir un supérieur qui offre des défis, des occasions de développement et du *coaching* », « recevoir de la formation et des outils » et la « présence d'une bonne communication avec le supérieur » représentent des éléments d'un contexte idéal de mobilisation qui ne semblent pas problématiques actuellement du côté de la littérature, tout comme l'obstacle « les outils harmonisés ».

Ces compétences-clés ressorties dans les résultats laissent présager qu'il semble y avoir un virage dans la fonction de direction dans laquelle le gestionnaire, ou plutôt le *leader*, *coache* ses employés plutôt que de les diriger, et ce, en les accompagnant et en étant à l'écoute de leurs besoins et de leur bien-être. La dimension humaine est très présente dans les gestes et paroles au quotidien de l'infirmière gestionnaire envers ses équipes de soins. Toutefois, gérer humainement ses ressources requiert un contexte favorable dans lequel le soutien, les ressources tant matérielles que financières et le temps sont présents. Le contexte actuel présente certains obstacles dont les multiples changements qui surviennent et des contraintes telles que la grande quantité de courriels et de téléphones.

Les informations qui ressortent de cette étude sont révélatrices d'une stratégie qui doit être pris en considération afin de favoriser la mobilisation du personnel de soins. Les compétences, les effets attendus, les moyens d'apprentissage, les obstacles et les éléments d'un contexte idéal constituent également des pièces importantes afin d'alimenter de futures recherches sur la stratégie de *coaching* mobilisateur dans les établissements du réseau de la santé.

## RÉFÉRENCES

- AGESSS. (2006). *Positionnement et plan stratégique 2006-2010 de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux*. Montréal: Groupe CFC et Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: a cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.
- Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Montréal: Les Éditions Transcontinental et les Éditions de la Fondation de l'entrepreneurship.
- Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9-32.
- Bédard, B., Benoît, D., & Viens, C. (2003). *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*. Montréal: AHQ.
- Benabou, C. (1995). Mentors et protégés dans l'entreprise : vers une gestion de la relation. *Gestion*, 20(4), 18-24.
- Bergeron, P. G. (2001). Le gestionnaire et la gestion. In P. G. Bergeron (Ed.), *La gestion dynamique. Concepts, méthodes et applications* (pp. 22-28). Montréal: Gaëtan Morin.
- Bogiaris, C. (2005). *Le profil des compétences du personnel d'encadrement de l'institut de réadaptation en déficience physique du Québec (IRD PQ) : Une démarche de gestion stratégique et d'optimisation de la contribution du personnel cadre*. Québec: IRDPQ.
- Bourbonnais, R., Vézina, M., Durand, P. J., Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., Vinet, A., et al. (2002). *Portrait global de l'environnement psychosocial au travail et la santé des intervenant(e)s de quatorze centres d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) de la région de Québec*. Québec.
- Boyd, C. O. (1990). Qualitative Approaches to Research. In G. H. Lobiondo-Wood, J. (Ed.), *Nursing Research: Methods, Critical appraisal and Utilization* (pp. 181-208). St-Louis Mosby

- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1993). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. New-York: National League for Nursing Press.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001a). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett and National League for Nursing
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001b). The role of nursing leadership in creating caring environments in health care delivery systems. *Nursing Administration Quarterly*, 25(3), 1-7.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2006). Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer's Nursing as caring theory. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 334-349). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Brocato, R. (2003). Coaching for improvement: an essential role for team leaders and managers. *The Journal for Quality & Participation*, 17-22.
- Byrne, G. (2007). Guest editorial: Unlocking potentiel - coaching as a means to enhance leadership and role performance in nursing. *Journal of Clinical Nursing, Journal Compilation*, 1987-1988.
- CCCSI. (2002). Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes, Extrait du site web du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers le 20 août 2009 : [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/Un\\_milieu\\_de\\_travail\\_de\\_qualite.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/Un_milieu_de_travail_de_qualite.pdf)
- Codsi, J. (2007). Le coaching : mode passagère ou stratégie de développement durable? *Psychologie Québec*, 17-21.
- Creswell, J. W. (1998). Five qualitative traditions of inquiry. In J. W. Creswell (Ed.), *Qualitative Inquiry and Research Design* (pp. 47-72). Thousand Oaks: Sage Publications.
- CSSSQN. (2009a). Attentes des cadres supérieurs à l'endroit des cadres intermédiaires qui gèrent une équipe de travail. Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord. Document non publié.
- CSSSQN. (2009b). *Premier rapport visant l'amélioration du cliamat de travail*. Québec: Centre de santé et des services sociaux de Québec-Nord. Rapport non publié.
- Desjardins, M. (2007). La maladie du gestionnaire. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 3(1), 6-9.

- Divay, S., & Gadea, C. (2008). Les cadres de la santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, 4(128), 677-687.
- Donner, G. J., Wheeler, M. M., & Waddell, J. (1997). The nurse manager as career coach. *Journal of Nursing Administration*, 27(12), 14-18.
- Doran, D., Sanchez McCutcheon, A., Evans, M. G., McMillan, K., McGillis Hall, L., Pringle, D., et al. (2004). *Impact of the Manager's Span of Control on Leadership and Performance*. Ottawa: Fondation canadienne pour la recherche sur les services de santé.
- Duffield, C., & Franks, H. (2001). The role and preparation of first-line nurse managers in Australia: where are we going and how do we get there *Journal of Nursing Management* 9, 87-91.
- Duffield, C., Kearin, M., & Leonard, J. (2007). The impact of hospital structure and restructuring on the nursing workforce. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 42-46.
- Ellinger, A. D., Hamlin, R. G., & Beattie, R. S. (2008). Behavioural indicators of effective managerial coaching. *Journal of European Industrial*, 32(4), 240-257.
- Ellinger, A. E., Ellinger, A. D., & Keller, S. B. (2005). Supervisory coaching in a logistic context. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 35(9), 620-635.
- Evers, W. J. G., Brouwers, A., & Tomic, W. (2006). A quasi-experimental study on management coaching effectiveness. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 58(3), 174-182.
- FCRSS. (2002). Les gestionnaires sauvent-ils des vies? *Le Lien, Bulletin de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé*, 5(3), 1.
- Foucher, R. (2007). Évaluer l'efficacité du coaching exécutif. *Psychologie Québec*, 30-34.
- Fourès, E. (2003). *Comment coacher*. Paris: Éditions d'Organisation.
- Gagnon, S., & Desjardins, M. (2009). *Les conditions d'exercice des cadres intermédiaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Document non publié.
- Gagnon, S., Desjardins, M., & Chartier, L. (2009). Les conditions d'exercice des cadres intermédiaires - Comment engager son établissement dans une démarche de

changement durable. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 5(2), 26-30.

- Gagnon, S., Ritchie, J., Lynch, A., Drouin, S., Cass, V., Rinfret, N., et al. (2006). *Job satisfaction and retention of nursing staff: the impact of nurse management leadership*. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Gauthier, B., & Vervisch, M. O. (2005). *Le manager coach* (2<sup>e</sup> ed.). Paris: Dunod.
- Gendron, P., & Faucher, C. (2002). *Les nouvelles stratégies de coaching : Comment devenir un meilleur gestionnaire*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.
- Gosselin, G., & Gendron, M. (2001). *Jouer son rôle de coach : Pour une alliance entre apprentissage et performance*. Montréal: Les Publications CFC.
- Gow, J. I., & Guertin, A. (1997). L'année politique au Québec 1996-1997, Extrait du site web Les Presses de l'Université de Montréal le 15 septembre 2009 : [http://www.pum.umontréal.ca/apqc/96\\_97/gow/gow.htm](http://www.pum.umontréal.ca/apqc/96_97/gow/gow.htm)
- Hévin, B., & Tuner, J. (2007). *Manuel de coaching : champ d'action et pratique*. Paris: InterÉditions.
- Higy-Lang, C., & Gellman, C. (2002). *Le Coaching*. Paris: Éditions d'Organisation.
- Huber, D. L. (2006a). Leadership Principles. In D. L. Huber (Ed.), *Leadership and Nursing Care Management* (3 ed., pp. 19-21). Philadelphia: Saunders.
- Huber, D. L. (2006b). Management principles. In D. L. Huber (Ed.), *Leadership and nursing care management* (3 ed., pp. 33-41). Philadelphia: Saunders.
- Huberman, M. A., & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives : Recueil de nouvelles méthodes*. Belgique: DeBoeck Université.
- ICF (2008). Compétences de base de l'ICF, Extrait du site web de l'ICF le 1 décembre 2008 : <http://www.coachfederation.org/francais/index.cfm.french/competences-de-base-de-licf>
- ICIS. (2001). Les dispensateurs de soins au Canada, Extrait du site web de l'Institut canadien d'information sur la santé le 20 août 2009 : <http://secure.cihi.ca/cihi-web/hcic/fr/hcic.html>

- Irvine, D. M., & Evans, M. G. (1995). Job Satisfaction and Turnover Among Nurses: Integrating Research Findings Across Studies. *Nursing Research*, 44(4), 246-253.
- Jean, F. (2008). Les cadres mécontents de leurs conditions, Extrait du site web de Québecor médias le 10 novembre 2008 :  
<http://www.canoe.com/infos/quebeccanada/archives/2008/04/20080410-185530.html>
- Jeans, M. E., & Rowat, K. M. (2005). *Compétences attendues des infirmières gestionnaires. Propositions présentées au Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers*. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association.
- Joron, P. (2004). *Révision du travail des cadres. Rapport présenté à la Direction des ressources humaines Centre hospitalier universitaire de Québec*. Québec: Groupe-conseil Aon.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Laval, QC: Groupe Beauchemin.
- Kinlaw, D. (1997). *Adieu patron! Bonjour coach! Promouvoir l'engagement et améliorer la performance*. Montréal: Les Éditions Transcontinental inc.
- Kinlaw, D. (2005). *Adieu patron! Bonjour coach! Promouvoir l'engagement et améliorer la performance*. Montréal: Les Éditions Transcontinental inc.
- Kleinman, C. (2004). Leadership and retention. *Journal of nursing administration*, 34(3), 111-113.
- Kowalski, K., & Casper, C. (2007). The coaching process: An effective tool for professional development. *Nursing Administration Quarterly*, 31(2), 171-179.
- Laflamme, M., Goyette, J., & Mathieu, L. (1996). Le gestionnaire en pleine mutation : les huit dimensions et comportements associés à la mobilisation des personnels. *Revue organisation*, 5, 65-76.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, Deslauriers, J.P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A.P (Ed.), *La recherche qualitative* (pp. 365-389). Montréal: Gaétan Morin éditeur.
- Laschinger, H. K. S., Almost, J. A., Purdy, N., & Kim, J. (2004). Predictors of nurse managers' health in canadian restructured healthcare settings. *Nursing Leadership*, 17(4), 88-105.

- Laschinger, H. K. S., Purdy, N., & Almost, J. A. (2007). The impact of leader-member exchange quality, empowerment, and core self-evaluation on nurse managers's job satisfaction. *Journal of Nursing Administration, 37*(5), 221-229.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gélinas, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management, 16*, 724-733.
- Lavoie-Tremblay, M., & Viens, C. (2002). Quand la réorganisation va, tout va! Même la santé! In C. Viens, M. Lavoie-Tremblay & M. Mayrand-Leclerc (Eds.), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 47-64). Cap-Rouge, Québec: Presses Inter Universitaires.
- Lenhardt, V. (2006). *Coaching : Tout ce que vous souhaitez savoir sur le coaching. Réponses d'un spécialiste*. Paris: Dunod.
- Levy, R. (1994). Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, 1*(1), 92-100.
- Lindbom, D. (2007). A culture of coaching: The challenge of managing performance for long-term results. *Organization Development Journal, 25*(1), 101-107.
- Lindholm, M., Dejin-Karlsson, E., Östergren, P., & Uden, G. (2003). Nurse managers' professional networks, psychosocial resources and self-rated health. *Journal of Advanced Nursing, 42*(5), 506-515.
- Longenecker, C. O. (2010). Coaching for better results: key practices for high performance leaders. *Industrial and Commercial Training, 42*(1), 32-40.
- Loo, R., & Thorpe, K. (2004). Making female first-line nurse managers more effective: a Delphi study of occupational stress. *Woman in Management Review, 19*(2), 88-97.
- Marchand, M. E., & Morais, H. (2009). Le coaching : tout le monde en parle, mais...qu'est-ce que c'est au juste? *Le Point en administration de la santé et des services sociaux, 5*(2), 22-23.
- Martin, C. A. (2004). Turn on the staying power. *Nursing Management, 35*(3), 20-27.
- Mathieu, L., & Mayrand-Leclerc, M. (2002). Gestionnaires mobilisateurs demandés. In C. Viens, M. Lavoie-Tremblay & M. Mayrand-Leclerc (Eds.), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 125-142). Cap-Rouge, Québec: Presses Inter Universitaires.

- Mayrand-Leclerc, M. (2006). *Perceptions et stratégies optimisant l'environnement psychosocial de travail des chefs d'unité (s) de soins infirmiers de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval, Québec, Canada.
- McCarthy, G., & Fitzpatrick, J. J. (2009). Development of a competency framework for nurse managers in Ireland. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(8), 346-350.
- McLean, G. N., Yang, B., Kuo, M. H. C., Tolbert, A. S., & Larkin, C. (2005). Development and initial validation of an instrument measuring managerial coaching skills. *Human Resource Development Quarterly*, 16(2), 157-178.
- Medley, F., & Larochelle, D. R. (1995). Transformational leadership and job satisfaction. *Nursing Management*, 26(9), 64JJ-64NN.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Moulhade, J. (2006). Le team building et la cohésion des équipes (pp. 1-17). Côte d'Opale: Université du littoral Côte d'Opale.
- Moyson, R. (2001). *Le coaching : Développer le potentiel de ses collaborateurs*. Bruxelles: De Boeck Université.
- MSSS. (2001). *Planification de la main-d'œuvre infirmière*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- MSSS. (2006). *Répertoire des descriptions des fonctions types du personnel d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- MSSS. (2007a). *La planification de la main-d'oeuvre du personnel d'encadrement*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- MSSS. (2007b). *Politique de développement des compétences du personnel d'encadrement 2007-2010*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- MSSS. (2009a). *Portrait de la main-d'oeuvre : Personnel cadre et hors-cadre*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Document non publié.

- MSSS. (2009b). *Tableau synthèse des bonnes pratiques de gestion sur les conditions d'exercice des cadres*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Document non publié.
- Noyé, D. (2002). *Coacher vos collaborateurs : Le rôle de coach des managers*. Paris: Éditions Insep Consulting.
- Nyberg, J. (1989). The element of caring in nursing administration. *Nursing Administration Quarterly*, 13(3), 9-16.
- Nyberg, J. (1998). *A Caring Approach in Nursing Administration*. Niwot, Co: University Press of Colorado.
- OIIQ. (2009). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2008-2009*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Orth, C. D., Wilkinson, H. E., & Benfari, R. C. (1990). The manager's role as coach and mentor. *Journal of Nursing Administration*, 20(9), 11-15.
- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : Un modèle et une illustration*. Paper presented at the Communication au Congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement des sciences (ACFAS).
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Parker, M. E. (2006). Guides for study of theories for practice and administration. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories et nursing practice* (pp. 23-26). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Peterson, D. B., & Little, B. (2005). Invited reaction: Development and initial validation of an instrument measuring managerial coaching skills. *Human Resource Development Quarterly*, 16(2), 179-184.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-207). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.

- Reid Ponte, P., Harvey Gross, A., Galante, A., & Glazer, G. (2006). Using an executive coach to increase leadership effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 36(6), 319-324.
- Renaud, M. (2008). *Le transfert des connaissances tacites des cadres en fin de carrière du secteur de la santé et des services sociaux au Québec*. Mémoire de maîtrise, HEC, Montréal, Canada.
- Richard, B. (2003). Intelligent coaching: Unleashing human potential. *The Journal for Quality & Participation*, 13-16.
- RNAO. (2007). Programme de lignes directrices pour la pratique exemplaire des soins infirmiers : Développement et maintien du leadership infirmier. Toronto, Canada: Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Rogers, J. (2008). *Coaching skills - A Handbook* (Second ed.). Berkshire, England: Open University Press; McGraw-Hill Education.
- Rousseau, N., & Saillant, F. (1996). Chercher avec, plutôt que chercher pour.... *Recherche en soins infirmiers*, 45, 138-146.
- Shirey, M. R. (2006). Stress and coping in nurse managers: Two decades of research. *Nursing Economic*, 24(4), 193-211.
- Shirey, M. R., Ebright, P. R., & McDaniel, A. M. (2008). Sleepiness in America: Nurse managers cope with stress and complexity. *Journal of Nursing Administration*, 38(3), 125-131.
- St-Onge, S., Audet, M., Haines, V., & Petit, A. (2004). *Relever les défis de la gestion des ressources humaines*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Stacke, E. (2000). *Coaching d'entreprise : Performance et humanisme*. Paris: Éditions Village Mondial.
- Stedman, M. E., & Nolan, T. L. (2007). Coaching: A different approach to the nursing dilemma. *Nursing Administration Quarterly* 31(1), 43-49.
- Stordeur, S. (2003). De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité. *Revue HOSPITALS.BE*(2), <http://www.abhbvz.be/francais/revue/hospitals2/article2.html>.
- Stordeur, S., & D'hoore, W. (2006). *Projet ARIQ : Attractivité, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins*. Belgique: Services Publiques Fédéraux.

- Stordeur, S., D'hoore, W., & Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 533-542.
- Stordeur, S., & Viens, C. (2009). Le leadership infirmier transformationnel. In S. Stordeur & W. D'hoore (Eds.), *Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse* (pp. 15-38). Bordeaux: Éditions Lamarre.
- Talbot, L. A. (1995). *Principles and practice of nursing research*. St-Louis: Mosby.
- Thivierge, M. (2011). *Étude descriptive du coaching mobilisateur utilisé par des infirmières gestionnaires clinico-administratives de l'hébergement*. Mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec, Canada.
- Thorpe, K., & Loo, R. (2003). Balancing professional and personal satisfaction of nurse managers: current and future perspectives in a changing health care system. *Journal of Nursing Management*, 11, 321-330.
- Tremblay, M., Chênevert, D., Simard, G., Lapalme, M. E., & Doucet, O. (2005). Agir sur les leviers organisationnels pour mobiliser le personnel : le rôle de la vision, du leadership, des pratiques de GRH et de l'organisation du travail. *Gestion*, 30(2), 69-78.
- Tremblay, M., & Wils, T. (2005). La mobilisation des ressources humaines : une stratégie de rassemblement des énergies de chacun pour le bien de tous. *Gestion*, 30(2), 37-49.
- Turkel, M. C. (2003). A journey into caring as experiencing by nurse managers. *International Journal for Human Caring*, 7(1), 20-26.
- Vesterinen, S., Isola, A., & Paasivaara, L. (2009). Leadership styles of Finnish nurse managers and factors influencing it. *Journal of Nursing Management*, 17, 503-509.
- Viens, C., Hamelin Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M., & Brabant, F. (2005). *Revue de littérature en organisation des soins et du travail : pour mieux comprendre et réussir vos transformations organisationnelles*. Cap-Rouge, Québec: Éditions Presses Inter Universitaires.
- Villeneuve, F. (2005). *L'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmières-chefs : six études de cas dans trois hôpitaux du Québec*. Thèse de doctorat. Université de Sherbrooke, Sherbrooke.

## **ANNEXE 1**



Faculté des sciences infirmières

## Formulaire de renseignements à l'intention des infirmières\* gestionnaires \*

### Présentation

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Mélanie Thivierge, inf. MSc. inf. (c), dirigée par Mme Chantal Viens, inf. Ph.D., professeure titulaire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, ses avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

### Résumé et objectif du projet de recherche

L'infirmière gestionnaire représente un pivot important dans le fonctionnement optimal des établissements de santé ainsi que dans la mise en place d'un environnement de travail sain pour le personnel de soins. Avec la pénurie d'effectifs infirmiers, la satisfaction et l'engagement envers l'organisation représentent des enjeux importants afin d'assurer des soins de qualité. Toutefois, les infirmières gestionnaires vivent actuellement des conditions de travail difficiles, elles voient leur nombre diminuer, leur nombre de responsabilités augmenter et leur rôle se complexifier. Il s'avère ainsi pertinent d'adopter une pratique de gestion axée sur des valeurs de *caring* et humanistes ainsi que de développer des compétences contemporaines et des stratégies favorisant entre autres, la mobilisation du personnel de soins. Parmi ces stratégies, le *coaching* a été identifié comme en faisant partie. En effet, dans le cadre de ce projet de recherche, le *coaching* constitue une stratégie de mobilisation des équipes de soins utilisées par des *leaders* transformationnels.

L'objectif global de cette recherche est de décrire les expériences vécues des infirmières gestionnaires en lien avec les processus de mise en œuvre de la stratégie de *coaching*.

---

\* Le terme infirmière est utilisé pour désigner indifféremment infirmier et infirmière.

\* L'infirmière gestionnaire fait référence au cadre intermédiaire infirmier qui désigne les coordonnateurs ou chefs d'unité de soins infirmiers, les chefs de programme et les coordonnateurs d'activités

### **Déroulement de la participation**

Votre participation à cette étude est volontaire. Votre participation consiste à consentir à une entrevue individuelle enregistrée de 60 à 90 minutes avec l'étudiante-chercheuse, qui portera sur votre expérience de *coaching* envers le personnel de soins de votre équipe.

Vous pouvez également, sur une base volontaire, autoriser l'étudiante-chercheuse à vous contacter advenant le cas où des questions de clarification ou des questions complémentaires surviennent en cours de recherche. Il vous est alors demandé de laisser votre numéro de téléphone personnel à l'étudiante-chercheuse. Ce numéro sera gardé sous-clé avec les autres matériaux de recherche. Ne pas laisser votre numéro personnel à l'étudiante-chercheuse n'entraîne aucun préjudice et aucune conséquence pour vous de même que pour le déroulement de cette recherche.

### **Avantages de la participation**

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir, individuellement et en toute confidentialité, à votre style de gestion visant la mobilisation de vos employés.

### **Risques et inconvénients**

Il n'y a aucun risque connu lié à la participation à cette recherche. Cependant, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si tel était le cas, n'hésitez pas à demander de l'aide auprès de l'étudiante-chercheuse qui pourra vous référer à une personne ressource. Vous pouvez également vous référer au programme d'aide aux employés (PAE) de votre établissement au besoin. Les coordonnées sont :

PAE : XXXXXXXXXX

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin en tout temps à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

### **Confidentialité et gestion des données**

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- Le nom du CSSS ne paraîtra dans aucun rapport;
- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- Les divers documents de la recherche seront codifiés et seules l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche auront accès à la liste des noms et des codes;

- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- Les matériaux de la recherche, incluant les données, les renseignements et les enregistrements, seront conservés sous clé dans un classeur du bureau de la directrice de recherche pendant deux ans après quoi ils seront détruits;
- La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu.

### **Renseignements supplémentaires**

Si vous avez des questions concernant cette recherche ou sur les implications de votre participation, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse, Mélanie Thivierge, à l'adresse courriel suivante : XXXXXXXXXXXX ou numéro de téléphone suivant : XXXXXX.

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Un résumé synthèse des résultats de la recherche parviendra aux participant(es) qui en font la demande à l'étudiante-chercheuse, à l'adresse courriel suivante : XXXXXXXX ou en cochant la case appropriée à cet effet dans le questionnaire des données socio-démographiques et professionnelles à compléter à la fin de l'entrevue.

### **Plaintes ou critiques**

Toute plainte ou critique pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, Bureau 3320  
2325, rue de l'Université  
Université Laval  
Québec (Québec) G1V 0A6  
Renseignements – Secrétariat : 418-656-3081  
Télécopieur : 418-656-3846  
Courriel : ombuds@ombuds.ulaval.ca

## **ANNEXE 2**



Faculté des sciences infirmières

## Formulaire de renseignements à l'intention des cadres supérieurs

### Présentation

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Mélanie Thivierge, inf. MSc. inf. (c), dirigée par Mme Chantal Viens, inf. Ph.D., professeure titulaire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, ses avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

### Résumé et objectif du projet de recherche

L'infirmière gestionnaire représente un pivot important dans le fonctionnement optimal des établissements de santé ainsi que dans la mise en place d'un environnement de travail sain pour le personnel de soin. Avec la pénurie d'effectifs infirmiers, la satisfaction et l'engagement envers l'organisation représentent des enjeux importants afin d'assurer des soins de qualité. Toutefois, les infirmières gestionnaires vivent actuellement des conditions de travail difficiles, elles voient leur nombre diminuer, leur nombre de responsabilités augmenter et leur rôle se complexifier. Il s'avère ainsi pertinent d'adopter une pratique de gestion axée sur des valeurs de *caring* et humanistes ainsi que de développer des compétences contemporaines et des stratégies favorisant entre autres, la mobilisation du personnel de soins. Parmi ces stratégies, le *coaching* a été identifié comme en faisant partie. En effet, dans le cadre de ce projet de recherche, le *coaching* constitue une stratégie de mobilisation des équipes de soins utilisées par des *leaders* transformationnels.

L'objectif global de cette recherche est de décrire les expériences vécues des infirmières gestionnaires en lien avec les processus de mise en œuvre de la stratégie de *coaching*. Cette recherche a également comme objectif spécifique de décrire les attentes que peuvent avoir les cadres supérieurs en lien avec la dimension *coaching* du travail des infirmières gestionnaires (cadres intermédiaires cliniques et infirmiers).

### **Déroulement de la participation**

Votre participation à cette étude est volontaire. Votre participation consiste à consentir à une entrevue individuelle enregistrée de 60 minutes avec l'étudiante-chercheuse, qui portera sur vos attentes face à la stratégie de *coaching* que les infirmières gestionnaires de votre programme devraient adopter envers leurs équipes de soins.

Vous pouvez également, sur une base volontaire, autoriser l'étudiante-chercheuse à vous contacter advenant le cas où des questions de clarification ou des questions complémentaires surviennent en cours de recherche. Il vous est alors demandé de laisser votre numéro de téléphone personnel à l'étudiante-chercheuse. Ce numéro sera gardé sous-clé avec les autres matériaux de recherche. Ne pas laisser votre numéro personnel à l'étudiante-chercheuse n'entraîne aucun préjudice et aucune conséquence pour vous de même que pour le déroulement de cette recherche.

### **Avantages de la participation**

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir, individuellement et en toute confidentialité, au style de gestion que vous souhaitez que les infirmières gestionnaires de votre programme adoptent envers leurs équipes de soins.

### **Risques et inconvénients**

Il n'y a aucun risque connu lié à la participation à cette recherche. Cependant, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si tel était le cas, n'hésitez pas à demander de l'aide auprès de l'étudiante-chercheuse qui pourra vous référer à une personne ressource. Vous pouvez également vous référer au programme d'aide aux employés (PAE) de votre établissement au besoin. Les coordonnées sont :

PAE : XXXXXXXXX

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin en tout temps à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

### **Confidentialité et gestion des données**

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- Le nom du CSSS ne paraîtra pas dans aucun rapport;
- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;

- Les divers documents de la recherche seront codifiés et seules l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche auront accès à la liste des noms et des codes;
- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- Les matériaux de la recherche, incluant les données, les renseignements et les enregistrements, seront conservés sous clé dans un classeur du bureau de la directrice de recherche pendant deux ans après quoi ils seront détruits;
- La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu.

### **Renseignements supplémentaires**

Si vous avez des questions concernant cette recherche ou sur les implications de votre participation, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse, Mélanie Thivierge, à l'adresse courriel suivante : XXXXXXXXXXXX ou numéro de téléphone suivant : XXXXXXXX.

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Un résumé synthèse des résultats de la recherche parviendra aux participant(es) qui en font la demande à l'étudiante-chercheuse, à l'adresse courriel suivante : XXXXXXXXXXXX ou en cochant la case appropriée à cet effet dans le questionnaire des données socio-démographiques et professionnelles à compléter à la fin de l'entrevue.

### **Plaintes ou critiques**

Toute plainte ou critique pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, Bureau 3320  
2325, rue de l'Université  
Université Laval  
Québec (Québec) G1V 0A6  
Renseignements – Secrétariat : 418-656-3081  
Télécopieur : 418-656-3846  
Courriel : ombuds@ombuds.ulaval.ca

## **ANNEXE 3**



Faculté des sciences infirmières

## Formulaire de consentement des participants à la recherche

Je déclare avoir pris connaissance des informations contenues dans le formulaire de renseignements des participants. Je comprends la nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, l'absence de risques et les bénéfices que comporte ma participation ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies à mon égard.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à accorder à l'étudiante-chercheure une entrevue enregistrée sur magnétophone portant sur : « Le *leadership* transformationnel des infirmières cadres cliniques du secteur de l'hébergement d'un CSSS de la région de Québec : place au *coaching!* » Je comprends que je suis libre de me retirer de l'étude en tout temps, et ce, sans préjudice.

Je refuse

J'accepte

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, de la participante

\_\_\_\_\_  
Date

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiante-chercheure

\_\_\_\_\_  
Date

Copie du participant

## **ANNEXE 4**

Numéro du participant : \_\_\_\_\_

**Questionnaire**  
**Données socio-démographiques et professionnelles**

Encerchez le chiffre qui correspond à votre réponse

1. Quel est votre âge?
  - A. Moins de 30 ans
  - B. 30-39 ans
  - C. 40-49 ans
  - D. 50-59 ans
  - E. 60-69 ans
  - F. 70 ans et plus
  
2. Quel est votre sexe?
  - A. Femme
  - B. Homme
  
3. Quel est le titre de votre poste actuel?
  - A. Chef d'unité
  - B. Chef de programme
  - C. Chef de service
  - D. Coordonnateur(trice) de soins et de services
  - E. Cadre supérieur (directeur(trice), adjoint(e), dga, dg)
  - F. Autre : préciser : \_\_\_\_\_
  
4. Combien de mois ou d'années d'expérience comme gestionnaire avez-vous?
  - a) Dans le réseau de la santé : \_\_\_\_\_
  - b) À votre CSSS actuel : \_\_\_\_\_
  - c) À votre poste actuel : \_\_\_\_\_

5. Quel est votre niveau de scolarité atteint ou en cours?
- A. CEGEP
  - B. Certificat : Préciser : \_\_\_\_\_
  - C. Baccalauréat
  - D. DESSS
  - E. Maîtrise
  - F. Autre : Préciser : \_\_\_\_\_
6. Avez-vous suivi une formation sur le *coaching* (que ce soit dans le cadre de votre formation générale ou en formation continue en cours d'emploi) ?
- A. Oui
  - B. Non
7. Avez-vous suivi une formation sur la mobilisation des équipes de soins (que ce soit dans le cadre de votre formation générale ou en formation continue en cours d'emploi)?
- A. Oui
  - B. Non
8. Combien d'employés avez-vous sous votre supervision? En ETC (équivalents temps complet)
- A. 0 à 20 ETC
  - B. 21 à 40 ETC
  - C. 41 à 60 ETC
  - D. 61 et plus ETC
9. Combien de titre(s) d'emploi différent(s) supervisez-vous?
- A. 1 à 2
  - B. 3 à 4
  - C. 5 et plus

10. Sur combien de site(s) se fait votre travail?

- A. 1
- B. 2 à 3
- C. 4 et plus

11. Combien d'heures par période passez-vous généralement

- a) à la gestion des courriels, des appels téléphoniques et du courrier? \_\_\_\_\_
- b) en réunion administrative ou en comité? \_\_\_\_\_
- c) avec votre personnel de l'unité ou du service, que ce soit en groupe ou individuellement? \_\_\_\_\_

12. Quel est le nombre d'heures par période de support clérical auquel vous avez accès? \_\_\_\_\_

13. Souhaitez-vous recevoir un résumé-synthèse des résultats de cette recherche?

Oui

Non

Comment?

Poste : Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Courriel : Adresse courriel \_\_\_\_\_

***Fin du questionnaire***

***Merci de votre collaboration!***

## **ANNEXE 5**

## **Guide d'entrevue Infirmières gestionnaires**

Contexte : D'après la littérature et les sondages effectués auprès des cadres intermédiaires, votre rôle devient de plus en plus exigeant et complexe. Il s'avère que des contraintes comme la pénurie du personnel, les nombreux changements organisationnels et j'en passe... font en sorte que vous devez à la fois assurer auprès des patients/familles la qualité et la sécurité des soins et mobiliser le personnel en favorisant un environnement de travail sain pour tous. Or, ce projet de recherche tente de mettre un peu de lumière sur votre façon de faire, vos stratégies pour mobiliser, soutenir et accompagner votre équipe de soins dans son quotidien.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il y a votre vécu, vos perceptions, vos suggestions et je vous remercie de m'octroyer un peu de votre précieux temps, je l'apprécie vraiment beaucoup.

Question : Avez-vous des commentaires, des questions avant que je débute l'entrevue?

1. Dans votre quotidien, pourriez-vous décrire deux situations où vous avez eu l'impression d'avoir été en soutien auprès de votre équipe de soins, vous les avez mobilisés?

### **Sous-questions :**

1.1 Comment appliquez-vous la stratégie de soutien à l'équipe?

1.2 Quelles compétences, talents, comportements utilisez-vous?

1.3 Pour quelles raisons avez-vous choisi de soutenir votre équipe dans ces situations?

**Probes : Présence / Communiquer / Collaboration / Travail d'équipe / Écoute / Encadrer / guider / Rétroaction / Créer un milieu d'apprentissage / Faire participer le personnel aux décisions et projets de changement**

2. Dans votre quotidien, pourriez-vous décrire deux situations où vous avez eu l'impression d'avoir été en soutien individuellement auprès d'un des membres de l'équipe de soins, vous l'avez mobilisé?

**Sous-question :**

2.1 Comment appliquez-vous la stratégie de soutien individuellement?

2.2 Quelles compétences, talents, comportements utilisez-vous?

2.3 Pour quelles raisons avez-vous choisi de soutenir la personne dans ces situations?

**Probes : Probes : Présence / Communiquer / Collaboration / Travail d'équipe / Écoute / Encadrer / guider / Rétroaction / Créer un milieu d'apprentissage / Faire participer le personnel aux décisions et projets de changement**

3. Comment avez-vous appris à *soutenir/accompagner/mobiliser votre personnel soit de façon individuelle ou en équipes ?*

**Probes :**

**Par quelle formation suivie? Autres formations souhaitables qu'il connaît?**

**Par quelles expériences?**

**Auprès de quelles personnes?**

4. Quelles sont vos sources d'inspiration pour agir en tant que mobilisateur du personnel, avez-vous vu, connu des personnes inspirantes, avez-vous vécu des expériences qui vous ont marqué?

5. Lors d'une sélection d'infirmières-chefs pour une unité d'hébergement problématique au niveau de la mobilisation, vous recherchez un ou une gestionnaire, quelles sont les aptitudes et les façons de faire que vous recherchiez ?

6. Si vous pouviez créer un coffre à outils nécessaires pour être un bon gestionnaire-mobilisateur, quels sont les éléments que vous incluriez?

7. Quels effets recherchez-vous lorsque vous soutenez, vous mobilisez vos équipes de soins?

**Probes :**

**Développement et transfert compétences / Favoriser la croissance chez le personnel / Engagement / Empowerment / Cohésion d'équipes / Responsabilisation**

8. Pourriez-vous me décrire des situations où il a été difficile de mobiliser vos équipes de soins?

**Sous-question :**

8.1 Pour quelles raisons?

9. En quoi le fait d'être infirmière influence-t-il votre rôle de gestionnaire ?

**Probe :**

**Différence entre un gestionnaire qui a une formation infirmière vs pas de formation infirmière.**

10. Pourriez-vous décrire votre vision de la gestion des soins et les valeurs qui y sont associées?

**Probe :**

**Modèle infirmier de gestion**

À ce moment-ci, si vous me le permettez, j'aimerais que l'on rêve un peu....

11. Décrivez-moi le gestionnaire mobilisateur idéal et le contexte de mobilisation idéal?

**Sous questions :**

11.1 Comment vous rapprochez de cet idéal?

**Probes : Obstacles / contraintes / Recommandations / formation**

12. Complétez ces phrases spontanément :

« Pour vous, mobiliser vos équipes de soins c'est..... »

« Le gestionnaire qui soutient et qui mobilise est capable de.... »

Est-ce que vous avez de la documentation en lien avec la mobilisation, le soutien des équipes de soins, votre vision des soins et de la gestion des soins de même que de la mobilisation d'équipes de soins? Si oui, acceptez-vous de me les remettre?

Commentaires – Éléments à ajouter

## **ANNEXE 6**

## **Guide d'entrevue**

### **Cadres supérieurs**

**Contexte :** D'après la littérature et les sondages effectués auprès des cadres intermédiaires, leur rôle devient de plus en plus exigeant et complexe. Il s'avère que des contraintes comme la pénurie du personnel, les nombreux changements organisationnels et j'en passe... font en sorte qu'ils doivent à la fois assurer auprès des patients/familles la qualité et la sécurité des soins et mobiliser le personnel en favorisant un environnement de travail sain pour tous. Or, ce projet de recherche tente de mettre un peu de lumière sur les façons de faire, les stratégies pour mobiliser, soutenir et accompagner les équipes de soins au quotidien par les cadres intermédiaires infirmiers.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il y a vos attentes, votre vécu, vos perceptions, vos suggestions et je vous remercie de m'octroyer un peu de votre précieux temps, je l'apprécie vraiment beaucoup.

**Question :** Avez-vous des commentaires, des questions avant que je débute l'entrevue?

1. Quelles sont vos attentes face aux cadres intermédiaires infirmiers ou les infirmières gestionnaires en lien avec la mobilisation de leurs équipes de soins?

#### **Probe : comportements au quotidien**

2. Est-ce qu'il y a des actions ou des mesures qui sont à mettre en œuvre afin de favoriser la mobilisation des équipes par le cadre intermédiaire infirmier?

Si oui lesquelles?

**Probes : Formation / Opportunités de *coaching* individuel avec les employés ou de recevoir lui-même du *coaching***

3. Quelles sont les compétences ou talent recherchés chez les cadres intermédiaires infirmiers afin qu'ils mobilisent leurs équipes de soins?

4. Quels sont les effets auxquels vous vous attendez lorsque les cadres intermédiaires infirmiers mobilisent leurs équipes de soins?

**Probes :**

**Développement et transfert des compétences / Favoriser la croissance chez le personnel / Engagement / Empowerment / Mobilisation / Responsabilisation / Cohésion d'équipe**

5. Dans le contexte actuel, décrivez-moi ce qui vous satisfait en lien avec la mobilisation des équipes de soins par les cadres intermédiaires infirmiers?

Sous-question :

5.1 Commentez l'écart entre les deux situations s'il y en a un?

5.2 Qu'est-ce qui pourrait combler cet écart?

Probes : Formation

Recommandations

6. Décrivez votre vision de la mobilisation des équipes de soins dans le secteur de l'hébergement?

7. De façon générale, en quoi le fait d'être une infirmière peut influencer le rôle d'un cadre intermédiaire clinique?

**Probe : Différence entre un gestionnaire qui a une formation infirmière vs pas de formation infirmière.**

8. Complétez cette phrase de façon spontanée :

« Pour vous, la mobilisation des équipes de soins, c'est... »

**Est-ce que vous avez de la documentation en lien avec la vision, la gestion des soins de même que de la mobilisation d'équipes de soins? Si oui, acceptez-vous de me les remettre?**

Commentaires – Éléments à ajouter

## **ANNEXE 7**

## **Message courriel pour le recrutement des infirmières gestionnaires**

Bonjour,

J'aimerais porter à votre attention une recherche qui est actuellement menée par une étudiante de l'Université Laval et qui porte sur les stratégies de mobilisation et d'accompagnement des équipes de soins déployées par des infirmières cadres cliniques dans les secteurs de l'hébergement et des soins de longue durée. L'objectif global de cette étude consiste à décrire les expériences vécues en lien avec les processus de mise en œuvre de la stratégie de *coaching* par les infirmières gestionnaires afin de mobiliser leurs équipes de soins.

Accepteriez-vous d'accorder une entrevue individuelle enregistrée d'une durée d'environ 1 heure portant sur vos façons de faire et vos stratégies pour mobiliser, soutenir et accompagner votre équipe de soins dans son quotidien? Votre participation demeure libre et volontaire. Vous trouverez en document joint les questions abordées lors de l'entrevue.

Si vous êtes intéressé, veuillez communiquer directement avec l'étudiante-chercheuse : Mélanie Thivierge par courriel : XXXXXXXX ou par téléphone : XXXXXX. Cette étudiante est sous la direction de Madame Chantal Viens, inf. PhD, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Afin d'obtenir de plus amples informations sur cette recherche, vous trouverez en document joint le guide d'entrevue. N'hésitez pas à contacter l'étudiante-chercheuse pour d'autres informations.

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique (no d'approbation 2009-2010-30), le 22 février 2010.

Merci de votre attention,

Coordonnatrice de l'enseignement et de la recherche

p.s. Je vous ferai parvenir un rappel dans 10 jours. Veuillez m'excuser de faire l'envoi à tous, par respect de la confidentialité, je n'aurai pas l'information sur ceux et celles ayant déjà répondu.

## Message courriel pour le recrutement des cadres supérieurs

Bonjour,

J'aimerais porter à votre attention une recherche qui est actuellement menée par une étudiante de l'Université Laval et qui porte sur les stratégies de mobilisation et d'accompagnement des équipes de soins déployées par des infirmières cadres cliniques dans les secteurs de l'hébergement et des soins de longue durée.

Cette étude vise à décrire les expériences vécues en lien avec les processus de mise en œuvre de la stratégie de *coaching* par les infirmières gestionnaires afin de mobiliser leurs équipes de soins. Cette recherche vise également à identifier et à décrire les attentes que les cadres supérieurs possèdent en lien avec la mobilisation et l'accompagnement des équipes de soins par les infirmières gestionnaires.

Accepteriez-vous d'accorder une entrevue individuelle enregistrée d'une durée d'environ 1 heure portant sur vos attentes face aux stratégies de mobilisation et d'accompagnement que les infirmières gestionnaires de votre programme devraient adopter envers leurs équipes de soins? Votre participation demeure libre et volontaire. Vous trouverez en document joint les questions abordées lors de l'entrevue.

Si vous êtes intéressé, veuillez communiquer directement avec l'étudiante-chercheuse : Mélanie Thivierge par courriel : XXXXXXXX ou par téléphone : XXXXXXXX. Cette étudiante est sous la direction de Madame Chantal Viens, inf. PhD, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Afin d'obtenir de plus amples informations sur cette recherche, vous trouverez en document joint le guide d'entrevue. N'hésitez pas à contacter l'étudiante-chercheuse pour d'autres informations.

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique (no d'approbation 2009-2010-30), le 22 février 2010.

Merci de votre attention,

Coordonnatrice de l'enseignement et de la recherche

p.s. Je vous ferai parvenir un rappel dans 10 jours. Veuillez m'excuser de faire l'envoi à tous, par respect de la confidentialité, je n'aurai pas l'information sur ceux et celles ayant déjà répondu.