

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE FINALE

DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

MARTINE POTVIN

CONFIANCE MUTUELLE : EXPLORATION DES PERCEPTIONS DES
GESTIONNAIRES INFIRMIERS ET DES INFIRMIÈRES SOIGNANTES

JUIN 2005

Université du Québec
en Outaouais
- 8 JUIL. 2005
Bibliothèque

Sommaire

Trois types d'approche de la confiance ont été établis selon Lewicki et Bunker (1995) soit l'approche basée sur les connaissances, l'affect et la combinaison de l'affect et des connaissances. Butler présente une approche basée sur les connaissances par *l'Inventaire des critères de la confiance*. Les critères qui permettent d'établir et de maintenir la confiance sont la disponibilité, la compétence, la constance, la discrétion, l'impartialité, l'intégrité, la loyauté, l'ouverture, la promesse tenue et la réceptivité. L'objectif de cette intervention est de contribuer à une définition pragmatique de la confiance, fondée sur les perceptions mêmes d'infirmières québécoises oeuvrant dans le milieu des centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques. En effet, aucune étude en sciences infirmières n'approfondit les perceptions de la confiance entre les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers. L'intervention menée auprès de six infirmières soignantes et de cinq gestionnaires infirmiers recueille les perceptions de la confiance mutuelle énoncées par les participants. Le traitement des résultats est fait à la lumière des critères dressés par Butler (1991). Les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers participants proviennent d'un centre hospitalier régional et communautaire. Ceux-ci remplissent un questionnaire socio-démographique et participent à une entrevue individuelle dirigée par l'intervenante. Les résultats montrent que l'intervention enrichit la définition de certains critères de la confiance de Butler dont la disponibilité, la compétence, la promesse tenue et l'équité. Les participants ressortent qu'une relation, basée sur la confiance amène un sentiment de sécurité, des bienfaits psychologiques et affectifs au travail.

Table des matières

Sommaire	i
Table des matières.....	ii
Remerciements.....	v
Introduction.....	1
Problématique	6
Soutien social.....	9
Collaboration	10
Confiance mutuelle.....	11
Situation actuelle	13
Situation souhaitée.....	14
Objectifs personnels.....	14
Revue des écrits	16
Concept de confiance	17
Types d'approche de la confiance	21
Études en sciences infirmières relatives à la confiance	33
Méthode d'intervention.....	38
Intervention.....	39
Participants	40
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	41
Recrutement.....	42
Matériel.....	43
Instruments de mesure.....	44
Déroulement des activités.....	45
Évaluation des interventions.....	46
Considérations éthiques.....	48
Avantages et limites de l'intervention.....	50

Analyse des entrevues.....	51
Caractéristiques démographiques des participants.....	52
Signification de la confiance des infirmières soignantes et gestionnaires infirmiers	55
Importance accordée à la confiance	66
Réseau de confiance	68
Perception de la confiance mutuelle.....	72
Discussion	74
Écarts entre les résultats et la littérature	75
Forces et faiblesses du projet.....	84
Recommandations au niveau des champs de pratique infirmière	86
Limites des résultats de l'intervention.....	92
Évaluation des objectifs personnels.....	93
Conclusion	95
Références	99
Appendices.....	107
Appendice A - Inventaire des conditions de la confiance de Butler (1991)	107
Appendice B - Guide d'entrevue	109
Appendice C - Approbation du projet clinique	113
Appendice D - Contrat d'intervention avec les milieux	116
Appendice E - Choix d'une directrice ou d'un directeur d'essai	118
Appendice F - Lettre d'invitation	120
Appendice G - Formulaire d'intérêt de participation.....	123
Appendice H - Lettre d'invitation par courriel pour les gestionnaires.....	125
Appendice I - Questionnaires socio-démographique	127
Appendice J - Lettre d'approbation du CÉR-UQO.....	132
Appendice K - Formulaire de consentement du centre régional	134
Appendice L - Formulaire de consentement du centre communautaire.....	137
Appendice M - Lettre d'approbation du comité d'éthique du centre régional.	140

Remerciements

La réalisation de ce projet d'intervention s'est accompli avec l'aide de plusieurs personnes qui ont cru en l'auteure et au projet. Je remercie Mesdames Ginette Gingras-Delorme et Céline Gendron, directrices des soins infirmiers qui ont accepté la réalisation du projet dans leur établissement de santé. Sans leur acceptation ni l'implication des participants, ce projet n'aurait pu se réaliser.

Je remercie spécialement mon guide, mon mentor, ma directrice d'essai, Madame Martine Mayrand Leclerc. Ses judicieux conseils, son engagement et ses compétences ont fortement contribué au succès du projet. En plus de me soutenir tout au long de la réalisation de ce projet, elle a su réveiller en moi une passion pour la gestion et la recherche en sciences infirmières.

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui m'ont encouragée et soutenue tout au long de mes études de deuxième cycle. Ces remerciements s'adressent à mes collègues de travail, mes collègues étudiantes, mes amis et les gens de mon entourage.

Des remerciements tout particuliers s'adressent à mon conjoint, Patrick Thonon, pour son soutien, sa compréhension et son amour. Je ne peux passer sous silence la contribution de ma famille. Je tiens à témoigner ma reconnaissance à mes parents, Jean Potvin et Colette Lauriault, ma sœur et mon frère, Carole et Jean-Luc pour leur grande écoute, leur présence tout au long du projet et la fierté que je leur inspirais. Mon conjoint et ma famille ont su aplanir les difficultés rencontrées tout au long de ce projet d'intervention.

Introduction

Il y a deux ans, l'auteure de cet essai de maîtrise travaillait au quart de nuit à une unité de chirurgie. L'infirmière novice (Benner, 1995) se passionne pour les soins prodigués à sa clientèle postopératoire, car le défi consiste à stabiliser une condition physique susceptible de se détériorer rapidement. Mais cette infirmière rêve d'exercer plus tard à l'unité des soins critiques. Comme ces postes s'attribuent par ancienneté, il est difficile pour une jeune infirmière d'accéder rapidement à ce service.

Après plusieurs tentatives, l'infirmière novice décrochait le poste convoité à l'unité des soins critiques, non sans éprouver un sentiment légitime de fierté pour le boulot accompli à l'unité de chirurgie. À son dernier quart de travail à l'unité de chirurgie, ses collègues infirmières lui souhaitent bonne chance. C'est bientôt le tour du gestionnaire infirmier et son ton ne dissimule pas ce qu'il pense de cette petite lâcheuse: « Ha ! C'est toi, celle qui part pour une autre unité ... ».

L'infirmière novice, bouleversée par cette allusion, sentit que le gestionnaire infirmier remettait en cause son engagement professionnel, sa compétence et la pertinence de son cheminement de carrière. Tel qu'elle le perçut, cet événement avait rompu la mutualité de la confiance. Comment ce gestionnaire aurait-il pu la défendre lors d'un incident s'il méconnaissait à ce point sa contribution à l'unité de soins

chirurgicaux ? La colère et le dépit de l'infirmière stimulèrent la chercheuse en sciences infirmières.

Diverses études signalent l'usure du lien de confiance entre gestionnaires infirmiers et infirmières soignantes depuis environ trente ans. La rationalisation des soins qui correspond à cette période ébranla les valeurs traditionnelles qui balisaient jusque là l'exercice infirmier (Baumann et al., 2001; Lashinger, 2005).

De toutes les professions souffrant de pénurie en ressources humaines, le secteur des soins infirmiers est l'un des plus touchés par la rupture de ce lien essentiel entre cadres et employés de l'État. Comme le mentionnent plusieurs chercheurs canadiens, américains, australiens et britanniques, le lien de confiance représente l'assise du soutien social entre employés oeuvrant en institutions (Baumann et al., 2001).

Aucune étude fondée sur les perceptions de la confiance mutuelle entre gestionnaires infirmiers et infirmières ne figure à ce jour dans la littérature en sciences infirmières au Canada. Ainsi, cet essai de maîtrise vise à dépeindre les caractéristiques de la confiance professionnelle telles qu'elles s'expriment chez un petit nombre d'infirmières soignantes et de gestionnaires infirmiers. De plus, l'analyse de ces données expose les conditions qui favorisent ou qui inhibent la mutualité, qui apparaît comme la caractéristique d'un environnement de travail psychologiquement sain, où la confiance règne entre cadres et employés subalternes.

Interpellée par cette situation dévalorisante au travail et par le caractère fragmentaire des articles relatifs à la notion de confiance mutuelle, l'intervenante consacre son essai de maîtrise à l'étude de la perception de la confiance mutuelle entre les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers. Comment dépendre ce lien essentiel que constitue la confiance dans le cadre hospitalier? Comment brosser un tableau pertinent des perceptions de la confiance, attendu qu'il s'agit à première vue de données subjectives, rebelles à la quantification?

L'*Inventaire des critères de la confiance* élaboré par Butler (1991) est utilisé pour construire un guide d'entrevue semi dirigée qui est soumis à des participants choisis au hasard parmi des gestionnaires infirmiers et des infirmières soignantes. Des entrevues individuelles sont planifiées car l'étude de la notion de confiance mutuelle suppose l'accès à des pensées privées, à des valeurs tant personnelles que fondées sur la pratique professionnelle. Ainsi, les résultats apportent un nouvel éclairage sur la confiance à partir des perceptions des gestionnaires et des infirmières. L'humour qu'un gestionnaire croit mettre dans son *au revoir* peut sembler sarcastique du point de vue de l'infirmière.

Le présent essai compte six chapitres. Le premier présente la problématique. Le second recense les écrits faisant allusion plus ou moins directement aux thèmes reliés au concept de confiance, aux différentes approches de la confiance et aux études en sciences infirmières qui abordent cette notion du cadre théorique retenu. Le troisième

chapitre décrit la méthode d'intervention. Le chapitre 4 expose l'analyse des entrevues menées auprès d'un petit échantillon d'infirmières soignantes et de gestionnaires infirmiers pour dégager les perceptions de la confiance mutuelle. Au chapitre cinq, les résultats obtenus au terme de l'intervention incluant les retombées pour la pratique infirmière, les forces et faiblesse de l'intervention et l'atteinte des objectifs personnels de l'intervenante sont discutés. La conclusion énonce les vues sur la problématique en interprétant les résultats de l'intervention. Cet essai de maîtrise propose enfin d'informer les personnes concernées en leur soumettant un abrégé des conclusions relatives à l'établissement et au maintien de la confiance mutuelle entre infirmières soignantes et gestionnaires infirmiers.

Problématique

L'infirmière novice, lorsqu'elle sent que le gestionnaire infirmier remet en cause son engagement professionnel, sa compétence ou la pertinence de son cheminement de carrière peut rompre sa confiance envers celui-ci. Interpellée par cette situation dévalorisante au travail, l'intervenante consacre son essai de maîtrise à l'étude de la perception de la confiance mutuelle entre les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers. Diverses études signalent l'usure du lien de confiance entre gestionnaires infirmiers et infirmières soignantes depuis environ trente ans. La rationalisation des soins qui correspond à cette période ébranle les valeurs traditionnelles qui balisent jusque là l'exercice infirmier (Baumann et al., 2001; Lashinger, 2005).

Champy (1995) avance que la cohorte des infirmières actuellement en exercice constituerait la génération charnière entre le monde industriel et le monde de l'information. «Cette transformation fondamentale change les règles du jeu et a un impact direct sur l'évolution de la société, la réforme de la santé et les changements au niveau des soins infirmiers» (Lemire Rodger, 2002). La force de ces changements ébranle aussi les valeurs fondamentales présidant à la dispensation du soin infirmier, remettant en question le domaine et la pratique professionnelle.

Les lectures confirment que la dégradation de la confiance mutuelle entre le gestionnaire infirmier et les infirmières soignantes affecte la santé physique et psychologique du personnel soignant, affirment Baumann et ses collègues en 2001:

La tension causée par les lourdes charges et les longues heures de travail, la faiblesse du statut professionnel, les relations difficiles au travail et la difficulté de tenir des rôles professionnels ainsi que divers risques inhérents à l'emploi peuvent affecter la santé physique et psychologique du personnel infirmier. (p. 1)

Bourbonnais, Comeau, Dion et Vézina (1997), dans le cadre d'une étude ayant pour but de montrer l'importance des problèmes de santé mentale reliés aux dimensions psychosociales du travail chez les infirmières, indiquent que la tension au travail s'avère modérée chez près de 52% (n = 1768) des infirmières mais qu'elle est très élevée chez 31% des répondantes (n = 1054). Or, il est montré que le manque de confiance entre gestionnaires et infirmières soignantes alimente le stress au travail. En effet, parmi les recherches relatives au stress professionnel, la majorité constate l'impact négatif d'un climat de travail dégradé (Bond et Bunce, 2001; Burke, 1993; Karasek, 1992; Landsbergis et Vivona-Vaughan, 1995; Lourijen, Houtman, Kompier et Grundemann, 1999; Parkes et Sparkes, 1998; Reynolds et Biner, 1994). La méfiance contribue sans doute à l'absentéisme dans les rangs du personnel infirmier en place, aggravant la pénurie de la relève. En effet, le secteur des soins infirmiers est l'un des plus touché par l'épuisement du personnel. Selon Laschinger, Almost, Purdy et Kim (2004) 52% (n = 84) les gestionnaires infirmiers de classe intermédiaire présentent d'épuisement professionnel. D'autre part, nombre de nouvelles recrues potentielles appréhendent

l'ampleur des efforts consentis dans l'exercice infirmier (Baumann et al., 2001) et se détournent de ce métier exigeant.

Soutien social

Le soutien social dispensé par le gestionnaire infirmier insufflé manifestement un climat de confiance mutuelle entre infirmières (Lavoie-Tremblay, Viens et Mayrand Leclerc, 2002; Firth-Cozens, 2004). Aussi, le soutien social de la supérieure immédiate réfère « à la possibilité de demander conseil et aide, à sa capacité de faire travailler les gens ensemble, de donner du crédit aux employés pour leur travail effectué et, enfin, de leur donner confiance » (Lavoie-Tremblay et al., 2002). Cependant, selon une étude québécoise menée par Bourbonnais, Malenfant, Viens, Vézina, Brisson, Laliberté et al. (2000), 52% (n= 1527) des infirmières en 1998 affirmaient ne recevoir qu'un faible soutien social dans leur service. L'étude de Peter, Macfarlane et O'Brien-Pallas (2004) rapporte que les infirmières soignantes qui travaillent dans un environnement oppressif vivent une souffrance morale. Il est clair que pour la majorité des participants à l'étude, leur environnement de travail est moralement inacceptable.

Cependant, des expériences comparatives ont été menées qui évaluent les bénéfices du soutien social en contexte hospitalier. Des résultats démontrent que la direction a davantage à renforcer le soutien social (Johnson et Hall, 1989; Karasek et Thorell, 1990) des infirmières soignantes (Viens, Hamelin Brabant et Lavoie-Temblay, 2005) grâce à

un appui de tout le personnel, du gestionnaire de première ligne jusqu'aux cadres supérieurs, y compris de la part des collègues immédiats. Selon Viens, Hamelin Brabant et Lavoie-Temblay (2005), « les gestionnaires croient de plus en plus qu'il y a une relation entre les conditions de travail et l'efficacité de la pratique infirmière ». De plus, une étude mentionne que les infirmières placées dans cet environnement favorable s'investissent dans leur carrière, diminuent leur stress en étant plus productives et cumulent plus d'années de travail sur une même unité de soins que les infirmières du groupe témoin ne bénéficiant pas de cette reconnaissance qu'est le soutien social (Baumann et al., 2001). Dans le même ordre d'idée, selon Tremblay, Guay et Simard (2000), les pratiques encourageant les employés à « se sentir plus importants, responsables et libres de développer leur créativité et leurs compétences » au travail favorisent l'engagement affectif du travailleur et augmentent sa performance. Cet engagement du personnel est perçu comme une marque de confiance aux yeux des dirigeants. À cet égard, il est à remarquer que l'instauration de relations de confiance se manifeste par la réciprocité de l'affect : *j'ai naturellement confiance en qui me fait confiance.*

Collaboration

Almost et Laschinger (2002), dans le cadre d'une étude sur la collaboration des infirmières praticiennes avec les médecins et les gestionnaires, confirment que la

confiance et le respect mutuel sont à la base d'une relation de collaboration, de coopération, d'affirmation de soi, de coordination et facilitent la prise de décisions.

Confiance mutuelle

Selon Rempel, Holmes et Zanna (1985), la confiance mutuelle se tisse sur la trame des interactions passées. Or la réorganisation des soins infirmiers implique d'importants changements depuis une trentaine d'années, entamant le lien de confiance entre les infirmières soignantes et le gestionnaire. Paradoxalement Havens (1998) signale que le gestionnaire conserve toujours un statut enviable auprès de ses subordonnées dans la mesure où il est considéré généralement comme une ressource facilitant la cohésion du personnel.

Toutefois, d'autres recherches montrent qu'en pratique, le gestionnaire infirmier manque de disponibilité pour le personnel dont il a la charge. Il assiste en effet à de fréquentes réunions avec la direction et manque de visibilité auprès des infirmières soignantes du fait de ses nombreuses affectations. Les infirmières interrogées affirment en conséquence que les problèmes internes du soin infirmier dans cette unité ne se règlent pas (Bourbonnais, Comeau, Dion et Vézina, 1997). En l'an 2003, l'Institut canadien d'information sur la santé (2004) dénombrait que 9,3% des infirmières occupant un poste de gestionnaire, par comparaison à 10,1% en 1994. Parmi les causes expliquant ce

désintérêt, le manque de disponibilité du gestionnaire pour le personnel dont il a la charge est mentionné.

L'intervenante ne peut que se questionner devant cette contradiction apparente. Les contraintes institutionnelles se resserrent mais certaines infirmières manifestent qu'elles ne travailleraient pas avec un autre supérieur hiérarchique que SA gestionnaire. Pourquoi le tandem infirmières / gestionnaire fonctionne-t-il bien dans certaines unités de soins? La différence à investiguer réside peut-être dans ce climat de confiance mutuelle qui se crée dans certaines équipes de soignantes. Comme il existe des degrés de confiance et des critères pratiques qui permettent de la mesurer, la problématique de la confiance en milieu infirmier pouvait faire l'objet d'une intervention dont les résultats, quoique ponctuels, peuvent être utiles. D'où l'intérêt pour explorer les perceptions des infirmières et des gestionnaires sur la confiance mutuelle qui règne (ou pas) entre ces travailleurs de la santé.

Quant à l'intérêt des chercheurs pour la notion de confiance organisationnelle, elle ne se manifeste que depuis les années 1980 (Blunsdon et Reed, 2003). Toutefois, les conditions favorisant le don ou le retrait de la confiance furent envisagées sous l'angle de plusieurs disciplines: l'anthropologie, l'économie, la psychologie, la sociologie et les sciences politiques (Bhattacharya, Devinney et Pillutla, 1998). C'est dire combien l'intervention profite de données fiables sur la notion de confiance étudiée par ces disciplines. L'étude des perceptions de la confiance en milieu hospitalier trouve chez

Butler (1991) un instrument indispensable à l'objectivation de ce phénomène. Butler publie en effet l'énoncé de 10 critères recouvrant la notion de confiance, soit: la disponibilité, la compétence, la constance, la discrétion, l'équité, l'intégrité, la loyauté, l'ouverture, la promesse tenue et la réceptivité (voir Appendice A).

Situation actuelle

Bien peu d'études en sciences infirmières approfondissent les relations de travail entre infirmières soignantes et leur gestionnaire du point de vue de la confiance mutuelle. Cela, même si l'intérêt pour des recherches sur la tension, les problèmes de santé mentale, le stress et le soutien social en milieu infirmier reste marqué. Il n'en demeure pas moins que peu d'interventions évaluent rigoureusement les conditions de la confiance et la majorité de celles-ci datent de plusieurs années (Cherry, 2000). Selon Lavoie-Tremblay et al. (2002), la confiance fait partie intégrante du soutien social. Cependant il reste à explorer comment la confiance entre les infirmières et le gestionnaire s'articule au soutien social lorsqu'il favorise ou qu'il manque à l'infirmière. Les conditions de cette collaboration optimale entre infirmières soignantes et gestionnaires infirmiers qui travaillent en se faisant confiance gagnent à être connues.

Considérant la documentation abondante sur le thème du soutien social au travail, il est étonnant qu'aucun prédécesseur n'ait observé les perceptions d'infirmières avec les perceptions de gestionnaires relativement à la confiance. En outre, le problème

spécifique révèle un vide dans la littérature infirmière sur la signification de la confiance mutuelle entre les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers.

Situation souhaitée

L'élaboration de la problématique commande un agenda chargé. La situation souhaitée est de contribuer à une définition pragmatique de la confiance, fondée sur les perceptions mêmes d'infirmières québécoises oeuvrant dans le milieu des centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques (CHSGS). La solution envisagée consiste en une exploration de la notion de confiance auprès d'infirmières et de gestionnaires oeuvrant dans deux centres de soins, pour brosser un portrait assez fidèle de la confiance mutuelle qui règne en contexte hospitalier. Ainsi, l'inventaire des critères de la confiance de Butler (1991) est employé pour élaborer des questions simples et ouvertes de l'étude descriptive, susceptible d'explorer le sens de la confiance entre infirmières soignantes et infirmières gestionnaires en milieu CHSGS.

Objectifs personnels

À partir de la problématique, des objectifs personnels sont ciblés soit d'apprendre à construire un guide d'entrevue, de mener une intervention qualitative sur le terrain et d'améliorer les communications orales lors des échanges avec les participants. L'atteinte de ces objectifs est mesurée au moyen d'une auto-évaluation

pratiquée sur les enregistrements d'entrevues. De plus, un autre objectif personnel est de publier les résultats. Un article tiré de l'essai sera soumis au comité éditeur d'une publication en sciences infirmières. De plus, les résultats de l'intervention seront présentés aux deux centres de soins sollicités pour les entrevues.

Préalablement aux entrevues individuelles, une revue complète des écrits sur la confiance est faite. Le concept de la confiance, les types d'approches de la confiance et les études en sciences infirmières relatives à la confiance font partie du chapitre suivant.

Revue des écrits

Dans ce chapitre, une recension systématique de toutes les acceptions pertinentes du concept de confiance telle que définit dans différentes sphères des sciences humaines est présentée. Au passage, différentes études ou écoles de pensée ayant trait au concept de confiance sont mentionnées, en assumant que ce balayage interdisciplinaire ne peut qu'enrichir le propos.

Concept de confiance mutuelle

La confiance est définie par le sociologue William Riker (1974) comme une ligne de conduite présidant à une action ou un geste posé. Le fait d'investir quelqu'un de sa confiance constitue un acte de conscience tout comme choisir, juger et préférer. Ces actes qui relèvent de la cognition et de l'affectivité ne peuvent être observés directement chez le sujet. Toutefois, à la différence du choix, du jugement et de la préférence, qui témoignent de l'autonomie du sujet, la confiance constitue un acte de foi à l'égard d'un étranger. La confiance donnée présuppose un certain abandon aux décisions et aux actes d'autrui. Le moraliste français La Rochefoucauld affirmait au XVII^e siècle que la confiance constitue « une sorte de dépendance où nous nous assujétissons volontairement » (Hippeau, 1978).

La confiance comporte des degrés, elle peut être retirée. On peut décevoir, tromper, trahir la confiance de quelqu'un. Selon Bhattacharya et al. (1998), toutes les définitions de la confiance doivent se rapporter à sa force et à son importance. Pour ces chercheurs, le lien de confiance ne se mesure pas seulement en degrés, mais comporte des dimensions qualitatives dont il faut rendre compte.

Bhattacharya et al. (1998), Zand (1972) et Luhmann (1979) affirment que le lien de confiance comporte un risque, car la personne à qui l'on se fie et de qui l'on dépend peut être digne de cette confiance ou pas. Aussi, la confiance n'est-elle pas à proprement parler une attente mais incarne l'attente. Voici la liste des termes associés à la confiance dans le Grand Larousse (2004): *croire, se fier, espérer, assurance, sécurité, créance, crédulité, accorder du crédit, faire fond sur ...* Toutes ces locutions expriment la soumission de qui accorde sa confiance en s'en remettant aux jugements et aux décisions d'autrui.

Cet « abandon » de l'initiative individuelle caractérise la sujétion du subordonné à l'égard du supérieur hiérarchique dans un cadre de travail. En somme, l'exploration de la notion de confiance suppose qu'il faut considérer un engagement réciproque. Si le gestionnaire applique les consignes de l'établissement en matière de santé, planifie les activités, dirige les ressources humaines en suivant les priorités de l'unité de soins, ordonne, balise, prescrit des consignes et prend éventuellement des mesures disciplinaires si le subordonné déroge à ce cadre, en contrepartie, l'employé ne donnera

son plein rendement que si le gestionnaire satisfait aux conditions qui accréditent la confiance accordée au meneur de jeu. En somme, assurément la confiance existe dans un environnement de mutualité entre des personnes engagées dans des rapports spécifiques d'hierarchie si les partenaires associés dans la tâche éprouvent un sentiment de bien-être (Bhattacharya et al., 1998). Inversement, un simple coup d'œil sur la liste des antonymes de la confiance, tirée du dictionnaire précité, paraît reproduire le diagnostic du stress au travail: *anxiété, crainte, découragement, défaitisme, défiance, désespérance, doute, inconfiance, méfiance, ombrage, suspicion, caution* (Grand Larousse, 2004). En conséquence, il existe un rapport étroit entre les aspects sociaux et matériels du soin infirmier et les aspects affectifs de la profession d'infirmière.

Zand (1972) corrobore cette hypothèse en ajoutant que la réciprocité de la confiance entre partenaires professionnels reste très vulnérable aux aléas des rapports humains en milieu de travail et suppose une forme de contrôle externe. Il est nécessaire de remarquer que la peine consécutive à la confiance abusée paraît plus grande que le gain de la confiance épanouie, signe que le subordonné *s'en remet* au gestionnaire un peu comme au capitaine d'un navire.

Gabarro et Athos (1978) avancent que la confiance mutuelle se bâtit dans la durée suivant trois facteurs décisifs, qu'ils appellent *déterminants* soit : le caractère, la compétence et le jugement des deux parties impliquées dans la relation. Selon ces chercheurs qui font figure de précurseurs eu égard à la problématique, l'intégrité, le

motif du lien, le comportement, l'ouverture et la discrétion représentent les déterminants du caractère de la confiance. Le déterminant de la compétence inclut les habiletés spécifiques pour exercer une profession particulière, les habiletés sociales et interpersonnelles qui permettent le travail d'équipe et un certain sens pratique qui assure l'application réelle des connaissances théoriques préalables. Dans l'optique de Gabarro et Athos sur la confiance mutuelle, le jugement représente donc la capacité d'évaluer les compétences et le caractère de la personne en qui on a confiance. Ces facteurs décisifs ou *déterminants de la confiance* s'apparentent effectivement aux critères de la confiance de Butler (1991) traités plus loin.

Le philosophe Govier (1994) estime que la confiance serait une attitude basée sur des croyances et des valeurs requérant une implication collatérale aux plans des sentiments et des comportements. En outre, l'élaboration de ces interactions mutuelles assorties de validations réciproques au cours d'une longue période de temps amènerait à l'équilibre de la confiance (Zand, 1972); définition même de la mutualité.

De cette revue des études touchant à la notion de confiance, il faut retenir qu'elle s'élabore dans la durée au sein de la conscience en impliquant des sentiments, des comportements, des connaissances et des jugements. Aussi la confiance comporte le risque de la mutualité : Une entente tacite lie les personnes impliquées dans une situation donnée. Tout manquement aux critères, mêmes informels, de la confiance entraîne la rupture du pacte de confiance. La section suivante de la revue des écrits propose une

synthèse rapide des trois approches de la notion de confiance qui occupent présentement le devant de la scène. Ces écoles de pensée fondent respectivement leur conception de la confiance sur les sentiments, les comportements ou la combinaison des sentiments et des comportements des personnes engagées dans une relation de confiance.

Types d'approche de la confiance

La recension des publications relatives à l'établissement du lien de confiance dans un cadre professionnel pratiquée par Lewicki et Bunker (1995) révèle que ces sources se partagent entre trois approches, soit: 1) l'approche basée sur les connaissances, un phénomène institutionnel caractérisé par l'émergence du concept de confiance organisationnelle, 2) l'approche basée sur l'affect qui met en valeur les caractéristiques individuelles des partenaires engagés dans une relation de confiance et 3) la combinaison de l'approche basée sur l'affect et les connaissances, dont Lewicki et Bunker (1995) font une caractéristique des transactions interpersonnelles. Le Tableau 1 résume les trois types d'approches de la confiance recensés par ces chercheurs américains. Les prochains paragraphes explicitent les types d'approche du concept de la confiance.

Tableau 1

Types d'approche de la confiance selon Lewicki et Bunker (1995)

L'approche basée sur les connaissances	L'approche basée sur l'affect	L'approche combinée
Phénomène institutionnel où on retrouve la confiance organisationnelle	Caractéristiques individuelles	Caractéristiques des transactions interpersonnelles
Traduction libre		

L'approche basée sur les connaissances

L'approche basée sur les connaissances met l'emphase sur les attentes réciproques des partenaires, la mesure des options¹ (*weighing options*) qui s'offrent à eux afin de satisfaire à la relation mutuelle, ainsi que sur la prise consciencieuse des décisions susceptibles d'alimenter (ou d'affecter) la relation entre supérieurs et employés. Deutsch (1958) illustre l'approche de la confiance basée sur les connaissances en donnant l'exemple d'un individu qui, pour espérer l'occurrence probable d'un événement, s'attend à ce qu'il arrive. Le chercheur signale que l'on voit l'attente de cet individu modifier son comportement de manière à susciter cet événement. Cette approche s'apparente à la théorie des attentes de Porter et Lawler (1968). Selon ces auteurs, la motivation amène un individu à percevoir que ses efforts vont amener un résultat qui va se traduire par des conséquences qu'il considère comme désirables.

¹ Afin de conserver l'essence de la signification, les termes anglophones sont écrits en italique.

Rotter (1954, 1966), au début de sa carrière, a examiné la confiance interpersonnelle dans une perspective d'apprentissage social. Par la suite, il définit la confiance comme l'attente d'un individu ou d'un groupe pour qui la promesse, verbale ou écrite, comporte une valeur de certitude (Rotter, 1967, 1971). Frost et Maughan (1978) s'inspirent du cadre théorique de Rotter pour étudier les rapports entre la confiance mutuelle et l'exercice de l'influence d'un individu sur un autre. Cela amène ces chercheurs à définir le pattern du contrôle sur autrui chez les uns et, inversement, commande l'étude du faible besoin de contrôle sur autrui chez les autres. En découle l'étude de la grande estime de soi et l'étude de l'ouverture aux influences des autres. Aussi, Heretick (1984) s'appuie-t-il sur le cadre théorique de Rotter pour l'étude des différents types de la confiance et du fonctionnement interpersonnel.

Butler (1991), s'inspire lui aussi de l'approche basée sur l'aspect cognitif de la confiance, principalement pour développer une théorie du contenu de la confiance exposant les conditions multidimensionnelles qui activent et maintiennent la confiance à l'endroit d'une personne déterminée. Butler (1991) s'inspire des travaux de Larzelere et Hudson (1980), de George et Swap (1982), de Hart, Capps, Congemi et Caillouet (1986) ainsi que de Roberts et O'Reilly (1974) pour générer l'instrument qu'il a nommé *l'Inventaire des conditions de la confiance (Conditions of Trust Inventory)*.

Butler a rencontré par des entrevues semi-dirigées 84 gestionnaires intermédiaires de différentes organisations. Suite à l'analyse des entrevues, l'instrument généré,

L'Inventaire des conditions de la confiance, identifie dix conditions favorisant l'établissement du lien de confiance entre deux personnes engagées dans une relation. Par la suite, Butler a validé son instrument par une recherche quantitative menée auprès de 180 gestionnaires, 173 subordonnés, 111 techniciens en machinerie et quatre étudiants en administration (n=380, n=129, n=290, et n=132). Le choix du cadre théorique de Butler (1991) repose sur sa validité, sa fiabilité et le fait qu'il a été créé à partir d'interactions entre des gestionnaires intermédiaires et leurs subordonnés.

Les critères de *L'Inventaire des conditions de la confiance* sont la disponibilité, la compétence, la constance, la discrétion, l'équité, l'intégrité, la loyauté, l'ouverture, la promesse tenue et la réceptivité (traduction libre). Dans la perspective de Butler, le lien de confiance est rompu si les parties impliquées dans la relation échouent à un seul des dix critères mentionnés. Voici explicité chacun de ces critères:

La disponibilité (*availability*) (Butler, 1991), consiste à être présent quand la personne qui nous fait confiance en manifeste le besoin. Par exemple, la disponibilité s'assimile en contexte de travail à la ponctualité et, au contraire, l'absentéisme d'un employé mine rapidement la confiance de l'employeur ou l'absentéisme d'un gestionnaire mine rapidement la confiance de l'employé.

La compétence (*competency*) recouvre l'ensemble des habiletés techniques et interpersonnelles requises pour l'emploi que la personne occupe. L'Ordre des

infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) définit la compétence en pratique infirmière par l'intégration des connaissances théoriques, des habiletés pratiques, des attitudes avec la clientèle et le personnel hospitalier, à quoi s'ajoute le jugement nécessaire pour exercer sa profession (OIIQ, 1999). Selon Smith (1995), le développement et l'utilisation des compétences permettent entre autre d'accroître la confiance. Selon Jennings (1971), Gabarro et Athos (1978), la compétence est un critère primordial et prioritaire à l'établissement de la confiance.

La constance (*consistency*) désigne la capacité de juger par soi-même de l'action à tenir dans des circonstances données, incluant le sérieux et la prédictibilité dans les actions et la prise de décisions. Toute initiative émanant d'une personne de confiance s'inscrit dans le domaine des attentes raisonnables, de manière à ne pas créer d'inquiétude ou d'anxiété, comme le ferait une action intempestive ou fantaisiste.

La discrétion (*discreetness*) caractérise la personne de confiance qui garde pour elle les confidences de l'autre. Cette personne de confiance fait en sorte de ne pas gêner l'autre dans ses paroles et ses actions (Grand Larousse, 2004).

L'équité (*fairness*) qualifie aussi l'autre en qui on a confiance puisqu'il sera impartial dans ses prises de position et équitable dans ses décisions. Selon le Grand Larousse (2004), une personne équitable agit de manière juste et respecte les droits de tous et chacun.

L'intégrité (*integrity*) se définit dans l'inventaire des critères de la confiance Butler comme l'honnêteté et la fidélité envers l'autre. Selon le Grand Larousse (2004), une personne intègre possède une probité absolue car elle respecte rigoureusement les principes de la justice et de la morale.

La loyauté (*loyalty*) a trait à la protection de l'autre qui nous fait confiance et comporte l'aspiration à lui donner bonne impression. La personne loyale est fidèle aux engagements pris envers l'employeur ou l'employé.

L'ouverture (*openness*) consiste à formuler spontanément des idées pertinentes, des suggestions amicales, des avis éclairés et des informations judicieuses dans le but de promouvoir le travail ou les intérêts de l'autre qui détient notre confiance. De plus, selon Tremblay, Guay et Simard (2000) « le partage d'information serait perçu par les individus comme une marque de confiance et un acte de transparence qui participeraient au développement d'un état psychologique favorisant l'identification et l'attachement à l'organisation ».

Le neuvième critère de Butler traduit approximativement le vocable de *promesse tenue (fulfillment)*, qui consiste à croire que l'autre n'a qu'une seule parole. Son engagement dans la relation mutuelle perdure et cette personne agit conformément à la lettre et à l'esprit de son affirmation.

Enfin, *l'Inventaire des critères* de Butler décrit la dixième condition présidant à l'établissement d'un lien solide de confiance entre partenaires comme étant la réceptivité (*receptivity*), caractérisée par l'ouverture d'esprit et le partage des idées tant données que reçues de la part des équipiers.

Si la perspective butlerienne inspire la cueillette de témoignages relatifs à la confiance auprès d'infirmières et de gestionnaires oeuvrant en CSHG, d'autres chercheurs dégagent des dimensions accessoires tenu en compte dans l'élaboration du questionnaire.

Hosmer (1995) définit la confiance dans une perspective organisationnelle comme une relation de dépendance de A envers B qui calque exactement le sens du rapport hiérarchique. Ainsi, A s'engage volontairement à remplir une obligation envers B en vue d'un résultat commun ou d'un échange économique et en connaissance des droits et des intérêts des parties. A et B peuvent aussi bien être des personnes, des groupes ou des entreprises. Cependant, Hosmer ne considère pas explicitement l'aspect de mutualité impliquée dans ce qu'il appelle dépendance, à savoir que le supérieur dépend aussi du travail du subordonné.

Similairement, Mayer, Davis et Schoorman (1995) investissent la notion de confiance organisationnelle dans une perspective cognitive. Leur définition s'apparente à celle de Hosmer (1995): « La confiance est la volonté d'une partie d'être

vulnérable à l'action de l'autre partie basée sur l'acceptation de l'autre qui exécute une action particulière à la personne digne de confiance (*trustor*), sans observer ni contrôler l'autre partie » (traduction libre) (Mayer et al., 1995). La confiance influence et est influencée par trois facteurs cognitifs: l'information, l'influence et le contrôle. Aussi, la confiance réduit-elle l'incertitude sociale (Zand, 1997), ce qui alimente positivement la problématique et fait apercevoir sa dimension politique.

L'approche basée sur les connaissances, un phénomène institutionnel qui comprend la confiance organisationnelle met l'emphase sur les attentes réciproques des partenaires qui s'offre à eux afin de satisfaire à la relation mutuelle, ainsi que sur la prise consciencieuse des décisions susceptibles d'alimenter (ou d'affecter) la relation entre supérieurs et employés. Butler (1991) développe une théorie présentant les dix critères qui activent et maintiennent la confiance soit la disponibilité, la compétence, la constance, la discrétion, l'équité, l'intégrité, la loyauté, l'ouverture, la promesse tenue et la réceptivité (traduction libre). D'autres approches peuvent être utilisées pour observer la confiance dont l'approche basée sur l'affect.

L'approche basée sur l'affect

L'approche basée sur l'affect met l'emphase sur les sentiments, les émotions et les attitudes impliqués dans la relation de confiance. Les sentiments reliés à la confiance sont la cordialité, l'acceptation et la sécurité (Lafferty et Lafferty, 2001). Gibb (1965,

1972, 1978) développe lui aussi une théorie organisationnelle basée sur quatre variables affectives incluant la confiance, l'ouverture, la réalisation et l'interdépendance. Il ajoute que la confiance est directement liée aux sentiments et que cette confiance est importante pour les organisations, spécialement dans les relations qui assurent la cohésion des petits groupes à l'intérieur de l'organisation.

Un modèle reposant sur l'approche de la confiance basée sur l'affect est aussi développé au terme des expériences menées par Rempel, Holmes et Zanna (1985). Ces chercheurs dégagent trois éléments coextensifs à la confiance et de nature affective, soit la prévisibilité, la véracité et la foi. De plus, cette intervention démontre que le degré de confiance se modifie selon le stade atteint par la relation. Pour assurer la plénitude de la relation de confiance, il faut franchir quatre phases critiques. D'abord, la confiance se fonde sur les interactions passées avec le partenaire. Aussi, la confiance requiert des attributions en regard de la fiabilité et de la dépendance; c'est dire que le supérieur hiérarchique doit laisser des initiatives et une marge de manoeuvre aux personnes dont il a la charge. La confiance, en effet, comporte le risque afférant à la liberté d'autrui dans la mesure où, si le chef commande, ce sont les indiens qui font la guerre. Sans les subalternes qui les exécutent fidèlement, les ordres du dirigeant ne sont que du vent. Rempel, Holmes et Zanna (1985) identifient le quatrième stade de la confiance atteinte par l'inflexion d'assurance qui imprègne la réponse de l'exécutant, actualisant concrètement la consigne qu'on lui a donnée et assurant la force de la relation.

Dans une autre perspective misant sur la dimension affective impliquée dans la notion de confiance, Sabel (1993) définit la confiance comme une assurance mutuelle qu'aucune partie, dans un échange, exploitera les vulnérabilités de l'autre. En somme, l'indulgence représente un préalable de la vie sociale au moyen de laquelle les acteurs réinterprètent leur passé collectif. Sabel établit que la confiance coopérative apparaît comme un élément naturel au sein d'un ensemble accidentel et inattendu de composantes sociales. À ce titre, la confiance représente un héritage commun sur lequel l'avenir de l'organisation ou de la communauté est considérée. Comme la dispensation optimale des soins de santé demeure une priorité dans les sociétés développées, tout ce qui peut améliorer l'exercice infirmier est souhaitable. On se réjouit de voir coïncider performance et relations de travail épanouissantes.

L'approche basée sur l'affect met l'emphase sur les sentiments, les émotions et les attitudes impliqués dans la relation de confiance. L'approche basée sur l'affect fait partie intégrant de l'approche qui combine les approches basées sur l'affect et les sur connaissances.

L'approche combinée

Sommairement définie, l'approche combinée considère tant les éléments rationnels qu'émotionnels impliqués dans l'établissement et l'entretien du lien de confiance. Comme plusieurs prédécesseurs, Golembiewski et McConkie (1975) mettent l'accent

sur la confiance interpersonnelle. Cependant, ils déterminent que la confiance est une construction à la fois affective et cognitive. Ils caractérisent la confiance affective en utilisant une métaphore météorologique. La confiance est un « soleil nourrissant », une présence réconfortante, accueillante et maternelle. Mais c'est aussi une « pluie nécessaire », incertaine et qui comporte une part de risque. Finalement, Golembiewski et McConkie (1975) remarquent que la confiance peut être le « fruit » de spéculations et comporter un aspect « dysfonctionnel », même « pathologique », ou bien apparaître inflexible et rigide, sans rapport avec le contexte ou la situation. Du point de vue cognitif, ces auteurs approfondissaient le concept de confiance de Zand (1972) en montrant un renforcement paradoxal entre le comportement de confiance et le comportement risqué. Faire confiance, c'est s'exposer à la liberté de l'autre.

Certains sociologues recourent aussi à une approche combinée pour décrire les fondements de la confiance. En 1985, Lewis et Weigert, à partir des travaux de Luhmann (1979) et Barber (1983), assimilent les fonctions primaires de la confiance à une construction sociale, s'opposant ainsi à l'approche psychologique plutôt fondée sur l'aspect sécurisant de la confiance mutuelle pour l'individu. Ces sociologues affirment au contraire que la relation de confiance repose sur trois racines qui arriment l'individu à la société : la confiance se base sur un processus socio-cognitif, elle comporte une base émotionnelle qui est un facteur important de cohésion sociale et puise également à une base de comportements représentatifs (*behavioural enactment*).

L'inventaire des conditions de la confiance de Butler (1991) est retenu pour structurer le questionnaire de l'intervention parce qu'il mesure les principaux aspects de la confiance entre gestionnaires et infirmières soignantes et qu'il paraît, au terme de la recension des écrits, comme l'approche la plus complète du phénomène considéré. L'intervention vise à mettre en lumière les perceptions de la confiance à travers une organisation ce qui impose l'approche institutionnelle qui est basée sur les connaissances. De plus, le choix du cadre théorique de Butler (1991) repose sur sa validité, sa fiabilité et le fait qu'il a été créé à partir d'interactions entre des gestionnaires intermédiaires et leurs subordonnés. Comme ces dix conditions sont nécessaires à l'établissement et au maintien de la confiance mutuelle dans l'optique butlérienne, il est aisé de concevoir un guide d'entrevue à partir de l'inventaire de Butler qui cerne les diverses facettes de la confiance, en tenant suffisamment compte des convergences avec les résultats d'autres chercheurs passés en revue.

Même si Butler adopte en gros l'approche cognitiviste pour rendre compte de la possibilité de la relation de confiance, ses critères ne négligent pas la part d'émotion impliquée ici. Ainsi la disponibilité, la compétence, la constance, la discrétion, l'équité, l'intégrité, la loyauté, l'ouverture, la promesse tenue et la réceptivité entraînent des sentiments de cordialité, d'acceptation et de sécurité proposés par Lafferty et Lafferty (2001) pour identifier la relation de confiance.

Études en sciences infirmières relatives à la confiance

Les études recensées dans le domaine spécifique des sciences infirmières ne se rapportent qu'indirectement à la notion de confiance telle que définie dans le cadre de cet essai. Par exemple, la recherche de Ouimet et Tourigny (1997) aborde la notion de confiance qu'elle décrit comme un rouage du *leadership transformationnel*, une caractéristique du leader qui recueille la confiance de ses subordonnés. Afin de mesurer le degré de leadership transformationnel, Ouimet et Tourigny (1997) documentent les éléments suivants: le charisme du gestionnaire, la stimulation intellectuelle qu'il apporte à son équipe, la considération individuelle des parties impliquées et *l'ethos*, soit le caractère commun à un groupe d'individus appartenant à la même profession d'infirmière. L'apport que représente la contribution de ces auteurs canadiens à la problématique demande de s'y attarder.

Ouimet et Tourigny envisagent l'émergence du leadership transformationnel dans une unité de soins en corrélation avec l'effort supplémentaire demandé aux infirmières dans un contexte de rationalisation. Le leadership transformationnel peut, à la rigueur, s'assimiler à la notion de confiance telle que nous l'entendons ici, puisque le « leader charismatique présente (à ses collègues) une vision claire et articulée et fait en sorte que le personnel infirmier soignant participe activement à la réalisation de cette vision » (Ouimet et Tourigny, 1997). Or, cette « vision claire et articulée » du gestionnaire-leader qui motive et mobilise le personnel dont il a la charge, recouvre les critères de la

compétence, de la constance, de l'ouverture, de la promesse tenue et de la réceptivité qu'on trouve chez Butler sous un autre nom que le charisme. Avec la confiance dont il jouit, le leader incite le personnel infirmier soignant à participer activement à sa vision.

L'étude de Ouimet et Tourigny porte sur un échantillon de 57 volontaires: infirmières et infirmiers soignants anglophones et/ou bilingues d'un hôpital de la région de Montréal et comptant entre 13 et 28 ans d'expérience professionnelle. Les résultats montrent une corrélation élevée entre les dimensions du leadership transformationnel et l'effort supplémentaire demandé et consenti par les infirmières (investissement personnel au travail). Aussi, les dimensions du leadership transformationnel et les dimensions de l'*ethos* (la culture infirmière) montrent-elles des corrélations étroites et positives. Toutefois, les chercheurs signalent la petite taille de leur échantillon et la portée limitée de résultats tributaires d'une sélection non-aléatoire de la population étudiée.

Dans le même ordre d'idée, Gomez et Rosen (2001) avancent l'existence d'une relation entre la confiance du gestionnaire et l'*empowerment* des employés, c'est-à-dire leur sentiment d'emprise sur leurs conditions de travail. Cette étude multicentrique, quantitative et transversale a pour but d'établir une relation entre la confiance du directeur et la perception de l'employé sur la qualité des échanges avec les supérieurs hiérarchiques. Cela établi, Gomez et Rosen (2001) y corrélèrent les sentiments des employés relatifs à l'*empowerment*.

Ces chercheurs distribuèrent à des volontaires un questionnaire aux dyades directeur-employé de 13 organisations participantes. 128 questionnaires complétés émanent de directeurs et d'autant d'infirmières employées aux soins. Ces auteurs concluent que la confiance du directeur est positivement reliée aux perceptions de l'employée relatives à la qualité des échanges avec les directeurs. Ce synchronisme d'opinions mutuelles induit un climat de confiance et d'émulation au sein du service, remarquent les chercheurs. De plus, cette symétrie d'affects réciproques bonifie les échanges entre le directeur et l'employé. Gomez et Rosen (2001) établissent que la qualité des échanges entre les directeurs et les employés se rapporte positivement à l'*empowerment* de l'employé et, en conséquence, que la confiance jouit le directeur se relie directement à l'*empowerment* de l'employé.

On rejoint ici la mutualité impliquée dans la relation de confiance, objet du présent essai de maîtrise. Gomez et Rosen (2001) établissent une relation réflexive et symétrique entre les deux pôles de la relation patron-employé: 1) La confiance consentie au directeur par les infirmières dépend de comment elles perçoivent la manière dont il s'acquitte de son rôle sur l'unité de soins. 2) La confiance des employés à l'égard du directeur se gagne en favorisant le sentiment de contrôle de l'employé (*empowerment*) sur son environnement de travail. Ces conclusions de prédécesseurs et l'application de l'inventaire de Butler autorisent à explorer les perceptions qui fondent la confiance entre gestionnaires et infirmières pour en tirer des résultats valides méthodologiquement, une caractéristique des recherches descriptives (Burns et Grove, 2001).

Par ailleurs, une étude qualitative menée récemment par Connelly, Yoder et Williams (2003) identifie 54 habiletés spécifiques définissant la compétence reconnue aux gestionnaires infirmiers. 42 entrevues menées auprès de gestionnaires infirmiers, de directeurs infirmiers, d'infirmières soignantes et des gestionnaires de différents secteurs hospitaliers permettent d'identifier ces 54 compétences. Elles se répartissent en quatre catégories soit les compétences clinique et technique, la pensée critique, les compétences organisationnelles et les compétences dans les relations humaines. Des critères qui recouvrent cette acception de la compétence du gestionnaire infirmier sont trouvés dans l'inventaire de Butler. Sans une compétence reconnue au gestionnaire, le degré de confiance des infirmières subordonnées peut être quasi nul.

Une récente étude de Laschinger et Finegan (2005) montre que l'*empowerment* des infirmières soignantes a un impact sur leurs perceptions d'une gestion juste. De nature quantitative, 273 questionnaires sont distribués à des infirmières des domaines de médecine, de chirurgie et des soins critiques à travers l'Ontario. Les résultats montrent que l'*empowerment* fourni par leur gestionnaire envers les infirmières font que celles-ci se sentent respectées pour leur travail et présentent une confiance accrue envers l'organisation. La confiance organisationnelle est évaluée par la fiabilité, l'honnêteté, la compétence et l'intérêt à l'organisation. Ces critères s'apparentent aux critères de Butler (1991) (voir Appendice A). De plus, les infirmières ayant une perception d'une gestion juste ont une plus grande confiance en l'organisation. Ces impacts ont une influence positive et directe sur la satisfaction au travail des infirmières.

L'inventaire des conditions de la confiance, « *Conditions of Trust Inventory* » de Butler (1991) est appliqué pour structurer le guide d'entrevue (Appendice B) et filtrer les réponses obtenues afin d'en tirer des données analysables, parce qu'à l'examen, cet inventaire couvre tous les aspects de la confiance mutuelle recensés dans ces publications et qu'ils témoignent du vécu des infirmières ayant participé à l'intervention en milieu hospitalier. La théorie de Butler fait partie du type d'approche de la confiance basée sur les connaissances (Lewicki et Bunker, 1995). Ce type d'approche où l'on retrouve la confiance organisationnelle permet d'intervenir directement au niveau de la confiance entre infirmières soignantes et gestionnaires infirmiers. En fait, malgré les études sur le *leadership transformationnel* de Ouimet et Tourigny (1997), l'*empowerment* de Gomez et Rosen (2001) et de Laschinger et Finegan (2005) ainsi que les compétences des gestionnaires infirmiers de Connelly et al. (2003) aucune recherche en sciences infirmières ne se penche spécifiquement sur la confiance entre gestionnaire et infirmières comme sujet principal.

La méthode d'intervention est présentée au chapitre suivant. Les détails sur l'intervention, les participants, les critères d'inclusion et d'exclusion, le recrutement, le matériel, les instruments de mesure, le déroulement des activités, l'évaluation des interventions, les considérations éthiques ainsi que les avantages et les limites de l'intervention s'y retrouvent.

Méthode de l'intervention

La section sur la méthode de l'intervention compte dix sous-sections qui portent respectivement sur l'intervention comme telle, les participants, les critères d'inclusion et d'exclusion, le type de recrutement utilisé, le matériel, les instruments de mesure, le déroulement des activités, l'évaluation des interventions, les considérations éthiques et les avantages et les limites de la méthode d'intervention.

Intervention

L'intervention vise à mettre en lumière les perceptions de la confiance mutuelle chez l'infirmière soignante et le gestionnaire infirmier. De nature qualitative et exploratoire, l'intervention se déroule dans deux établissements hospitaliers. Les directrices des soins infirmiers (DSI) de chaque centre signe l'approbation du projet d'intervention clinique (Appendice C) et le contrat d'intervention avec les milieux (Appendice D). Les entrevues sont tenues auprès d'un échantillon travaillant dans un établissement ayant une mission de CHSGS. L'objectif est de dresser un portrait de la confiance mutuelle entre l'infirmière soignante et le gestionnaire infirmier. Les résultats intéresseront les infirmières en général et celles dans les centres de soin.

Des objectifs personnels sont ciblés: apprendre à construire un guide d'entrevue, mener une intervention qualitative sur le terrain et améliorer les communications orales

lors des échanges avec les participants. L'atteinte de ces objectifs est mesurée au moyen d'une auto-évaluation pratiquée à partir des enregistrements d'entrevues. Un autre objectif personnel est de publier les résultats. Un article tiré de l'essai sera soumis au comité éditeur d'une publication en sciences infirmières. Les résultats de l'intervention seront présentés aux deux centres de soins sollicités pour les entrevues. Tout au long de l'intervention, l'auteure est guidée par la directrice d'essai (Appendice E).

Participants

Les participants sont recrutés dans deux centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques (CHSGS) de l'Outaouais urbain, soit un centre régional et un centre communautaire. Le choix d'une intervention portant sur deux établissements paraît souhaitable pour garantir la représentativité des résultats de l'étude auprès de l'échantillon des gestionnaires infirmiers. En effet, le centre régional est le lieu de changements organisationnels causant de grands bouleversements et bien connu par l'auteure puis qu'elle y travaille à titre de gestionnaire infirmier..

Les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers intermédiaires constituent la population de l'intervention. Le gestionnaire infirmier de première ligne signifie l'infirmière gestionnaire travaillant le plus étroitement possible avec les infirmières soignantes. Un total de 11 participants prennent part à l'étude proprement dite. Trois infirmières soignantes du centre régional et trois infirmières du centre communautaire

sont recrutées, de même que trois gestionnaires infirmiers du centre régional et deux gestionnaires infirmiers du centre communautaire. Le Tableau 2 résume la répartition des participants.

Tableau 2
Répartition des participants (n = 11)

Centre régional (n = 6)	Centre communautaire (n = 5)
3 infirmières soignantes	3 infirmières soignantes
3 gestionnaires infirmiers	2 gestionnaires infirmiers

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les 11 participants travaillent depuis plus d'un an dans les secteurs de CHSGS des centres sélectionnés. Étant donné que la confiance repose sur les interactions passées (Rempel, Holmes et Zanna, 1985) et que les critères de la confiance doivent tous être remplis (Butler, 1991), les participants doivent posséder une expérience minimale d'un an dans leur poste respectif du domaine des soins infirmiers. Cette période semble suffisante (Burns et Grove, 2001) pour que les dix critères de la confiance trouvent à se réaliser dans un cadre professionnel.

Par conséquent, les candidates à l'exercice de profession infirmière (CEPI), les infirmières et les gestionnaires infirmiers de moins d'un an d'expérience ou qui ont une affectation temporaire sont exclues de l'intervention.

Recrutement

Le recrutement des participants se déroule à partir du 14 octobre 2004 au centre communautaire et à partir du 9 décembre 2004 au centre régional, par méthode d'échantillonnage randomisée simple à partir d'un échantillon de convenance. Une lettre d'invitation (Appendice F) est remise aux gestionnaires infirmiers et aux infirmières soignantes de ces deux institutions. Les personnes intéressées à l'étude sur la confiance et satisfaisant aux critères retournent par courrier interne le formulaire d'intérêt à participer (Appendice G) complété sur une base libre et confidentielle, au moyen de l'enveloppe pré-adressée fournie avec le questionnaire.

Au centre communautaire, un total de 95 lettres d'invitation, formulaires d'intérêt à participer et enveloppes de retour sont envoyés le 10 octobre 2004 par courrier interne, soit aux cinq gestionnaires infirmiers et aux 90 infirmières soignantes ayant les critères d'inclusion. Pour le centre communautaire, neuf formulaires d'intérêt à participer sont complétés et retournés.

Au centre régional, un total de 800 lettres d'invitation, formulaires d'intérêt à participer et enveloppe de retour sont envoyés le 9 décembre 2004 par courrier interne, soit aux 23 gestionnaires infirmiers et aux 777 infirmières soignantes satisfaisant aux critères d'inclusion. Le 6 janvier 2005, 22 formulaires d'intérêt à participer complétés sont retournés. Afin d'atteindre le nombre voulu de participants de catégorie gestionnaire infirmier, l'intervenante envoie un courriel à tous les gestionnaires du centre régional (Appendice H). Au total, pour le centre régional, 26 formulaires d'intérêt à participer sont complétés.

Par la suite, la sélection de trois candidats gestionnaires et de trois candidats soignants est faite au hasard pour le centre régional. De même, la sélection de deux candidats gestionnaires et de trois candidats soignants est faite au hasard au centre communautaire.

Matériel

Les entrevues semi-dirigées se déroulent dans un local de réunion des deux centres. Des chaises et une table meublent les pièces. Un magnétophone enregistre les témoignages sur bande sonore. Un journal de bord est tenu tout au long de la préparation, de l'exécution et de la rédaction de l'intervention. Quotidiennement, les données, les réflexions et les impressions sont notées, ainsi que les expressions non-verbales des participants et les émotions manifestées lors des entrevues. Toutefois, le

matériel recueilli dans le journal de bord n'est pas analysé mais sert plutôt en soutien au déroulement et à l'analyse de l'intervention.

Instruments de mesure

Le questionnaire socio-démographique (Appendice G), inspiré de Mayrand Leclerc (en rédaction) permet de recueillir des informations relatives à l'âge, au sexe, au lieu de travail, au nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière et/ou de gestionnaire, au lieu de travail et à la durée de la fonction sur la même unité de soins. Les questionnaires démographiques sont différents pour les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers.

Les questions formulées dans le guide d'entrevue (Appendice B) reposent sur le cadre théorique de Butler (1991). Les variables explorées sont la disponibilité, la compétence, la constance, la discrétion, l'équité, l'intégrité, la loyauté, l'ouverture, la promesse tenue et la réceptivité. Cependant, afin de préserver l'objectivité des réponses, les questions relatives à la confiance réfèrent aux perceptions et aux expériences passées des participants. Préalablement aux entrevues avec les participants, un pré-test des questions du guide d'entrevue est exécuté avec une infirmière. Ce pré-test permet de valider la mesure des variables étudiées et l'objectivité des questions du guide d'entrevue (Paillé, 1991).

Les questions du guide d'entrevue sont formulées avec des termes simples. L'interprétation des réponses des participants réfère à une liste ouverte de synonymes correspondant à chacun des dix critères de Butler. La présence ou non de ces termes associés aux différents aspects de la confiance permet de mesurer qualitativement l'atteinte de ces critères dans les perceptions verbalisées par les participants. L'intervenante réfère souvent à cette liste ouverte et surveille attentivement l'occurrence de mots associés à la confiance dans les réponses des participants afin de ressortir l'importance et le poids accordé à chaque mot (Miles et Huberman, 2002).

Déroulement des activités

De nature qualitative, l'intervention privilégie des entrevues individuelles semi-dirigées tenues entre le 19 et 30 novembre pour le centre communautaire et entre le 10 et 28 janvier 2005 pour le centre régional. Chaque entrevue dure approximativement 75 minutes, est fixée à l'heure convenue avec les participants et se déroule dans le CH où ils travaillent. Le questionnaire démographique et le formulaire de consentement sont remis aux participants deux semaines avant l'entrevue et ceux-ci les rapportent complétés lors de l'entrevue individuelle. L'entrevue, où sont présent seulement l'intervenante et le participant, animée par l'intervenante, débute par la remise du consentement et du questionnaire démographique complétés et se poursuit avec les questions semi-dirigées.

Évaluation des interventions

L'analyse des perceptions verbalisant l'atteinte des critères de la confiance vise à isoler et à apprécier des données qualitatives, suivant la procédure d'analyse de contenu inspiré de Miles et Huberman (2002). Dans un premier temps, l'écoute des réponses enregistrées sur cassettes audio permet de coder et de regrouper en catégories les termes qui, tirées des perceptions verbalisées, sont associés aux critères la confiance de Butler (1991). Cette catégorisation des concepts associés à la confiance par chaque participant est ensuite confrontée aux réponses obtenues à l'intérieur des groupes (infirmières soignantes et gestionnaires infirmiers) et entre les groupes de participants. L'analyse des données qualitatives amène à décrire les perceptions de la confiance mutuelle entre infirmières soignantes et gestionnaires infirmiers. De plus, l'analyse des données quantitatives recueillies par le questionnaire, d'où sont extraites les moyennes permet de situer démographiquement les participants de l'intervention.

Afin de vérifier la justesse et la stabilité des résultats obtenus par l'intervention, la technique de validation par triangulation est appliquée (Mucchielli, 1996). Pour se faire, la triangulation consiste en la superposition et la combinaison de plusieurs techniques de recueil de données pour compenser le biais de chacune des données. Deux objectifs principaux ressortent de la technique de validation par triangulation soit d'amener à une compréhension et à une interprétation les plus riches possibles de l'intervention et

d'objectiver les pistes d'interprétation en ayant recourt à diverses sources de vérification.

La triangulation des données comporte trois sous-dimension soit le temps, l'espace et les personnes. La triangulation temporelle implique que tout au long des entrevues individuelles, par le journal de bord, l'intervenante améliore, change et adapte chacune des entrevues afin de prendre en considération la dimension évolutive de l'étude de la confiance mutuelle. Les entrevues individuelles ont lieu dans un bureau situé à l'endroit où travaille chacun des participants. En conséquence, les milieux et les contextes d'entrevues différents assurent une divergence et une convergence des résultats produits par triangulation spatiale. La triangulation par combinaison de niveau est en lien direct avec le discours formulé par la position des participants dans l'institution (rôles et responsabilités). Les participants doivent être des infirmières soignantes ou des gestionnaires infirmiers. Par conséquent, la triangulation par combinaison de niveau est respectée ce qui contribue à situer et à décrire les résultats de façon riche (Mucchielli, 1996).

Le type de triangulation du chercheur suppose une comparaison des observations et des interprétations ressorties de l'intervention par une personne externe à l'intervention. Pour se faire, un pré-test a lieu pour le guide d'entrevue et le questionnaire socio-démographique par une personne externe de l'intervention. De plus, toutes les données

recueillies par les entrevues sont validées et questionnées avec une autre personne que l'intervenante dans le but de confirmer et d'infirmer l'interprétation.

La triangulation théorique prévoit l'utilisation de cadre théorique pour l'interprétation des données (Mucchielli, 1996). En effet, toutes les données recueillies sont analysées à l'aide du cadre théorique de Butler (1991).

La triangulation méthodologique envisage l'utilisation de plusieurs techniques de collectes de données pour obtenir deux types de données soit quantitatives et qualitatives (Taylor et Bogdan, 1998). Pour l'intervention, le questionnaire socio-démographique et les entrevues individuelles composent les différentes formes de recueil de données.

Considérations éthiques

Le projet d'intervention présente un risque minimal pour les participants. Il est évalué scientifiquement par des étudiantes en maîtrise, par la professeure du séminaire de planification et par la directrice d'essai. La lettre d'approbation du Comité d'éthique de recherche de l'Université du Québec en Outaouais (CÉR-UQO) est émise le 30 septembre 2004 (Appendice H). Le rapport abrégé de la planification du projet d'intervention au comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (CER-UQO) inclut le formulaire d'intérêt de participation (Appendice G), le formulaire de consentement du centre régional (Appendice I), le formulaire de

consentement du centre communautaire (Appendice L), une copie du questionnaire démographique (Appendice G), une copie du guide d'entrevue (Appendice B) et une copie de la lettre d'invitation qui sera utilisée pour le recrutement des participants (Appendice F). La lettre d'approbation du CÉR-UQO est considérée par la directrice des soins infirmiers (DSI) du centre communautaire, comme étant la certification éthique acceptable pour l'établissement. La lettre d'approbation du comité d'éthique et de la recherche du centre régional est émise le 23 novembre 2004 (Appendice M).

Lors de l'intervention, l'intervenante reste attentive aux réactions des participants. Aucun impact négatif n'est attendu, toutefois, ceux-ci peuvent éprouver un inconfort ou de la détresse psychologique en se remémorant ses expériences ou en évoquant ses perceptions du climat de confiance sur l'unité de soins. Le cas échéant, le participant est dirigé vers les ressources de santé appropriées. Les données des participants restent confidentielles et conservées sous clé pour une période de cinq ans. Seules l'étudiante et sa directrice ont accès aux données individuelles. Les noms et les données individuelles des participants ne paraissent dans aucun rapport et sont utilisés uniquement pour cette intervention. De plus, tout participant peut à tout moment demander de cesser l'entrevue et se retirer du projet sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.

Avantages et limites de l'intervention

Les centres et les participants reçoivent une copie des résultats et ces résultats seront présentés lors de mini-conférence aux deux centres. Toutefois, l'intervenante reste consciente qu'étant membre de l'équipe des cadres intermédiaires de l'un des centres, son statut pourrait biaiser l'information fournie par les participants, voire, influencer le choix de participer ou non à l'intervention. La petite taille de l'échantillon retenu et le manque de représentativité de la population des infirmières et gestionnaires infirmiers des CHSGS (Burns et Grove, 2001) sont signalés comme une limite à l'intervention. À ce stade de formation académique, l'emphase est mise sur l'acquisition de méthodes utilisées en approche qualitative.

À la fin de l'intervention, l'analyse des entrevues suit. En fait, le chapitre suivant porte sur les caractéristiques démographiques des participants, la signification de la confiance des infirmières soignantes et des gestionnaires infirmiers, l'importance accordée à la confiance, le réseau de confiance ainsi que la perception de la confiance mutuelle.

Analyse des entrevues

La présentation de l'analyse repose sur l'objectif initial de l'intervention soit, de contribuer à une définition pragmatique de la confiance, fondée sur les perceptions mêmes d'infirmières québécoises oeuvrant dans le milieu des centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques (CHSGS). Pour ce faire, dans la première partie de ce chapitre, les caractéristiques démographiques des participants issues des questionnaires socio-démographiques sont présentées (Appendice G). Par la suite, le sens de la confiance des infirmières soignantes et des gestionnaires infirmiers en milieu CHSGS est dégagé, basé sur l'inventaire des critères de la confiance de Butler (1991). Dans un troisième temps, l'importance accordée à la confiance par les participants est relevée. Quatrièmement, le réseau de confiance des participants est établi. Finalement, les perceptions de la confiance mutuelle entre les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers sont présentées.

Caractéristiques démographiques des participants

Cette section présente les résultats du questionnaire socio-démographique (Appendice G) rempli par chacun des participants afin d'en dresser un portrait bien défini au plan de la culture infirmière. Les données précisent l'âge, le sexe, le titre et le statut de l'emploi, l'horaire, la durée de l'emploi actuel, le nombre d'années dans le réseau de la santé et des services sociaux, le nombre d'employés se rapportant au

gestionnaire infirmier, ainsi que de la durée pendant laquelle les infirmières soignantes se rapportent au même gestionnaire infirmier.

Les informations démographiques révèlent que cinq des six infirmières soignantes que compte l'échantillonnage sont de sexe féminin, représentant près de 83% des infirmières soignantes. Par ailleurs, quatre des cinq gestionnaires infirmiers sont de sexe féminin, soit une proportion de 75% des gestionnaires infirmiers. Les infirmières soignantes ont en moyenne 43,4 ans avec un écart-type de 5,22 ans tandis que les gestionnaires infirmiers ont en moyenne 42 ans avec un écart-type de 6,96 ans..

Concernant les statuts d'emploi, l'horaire de travail et la durée dans le poste actuel, les données du Tableau 3 montrent que les gestionnaires infirmiers occupent le même poste en moyenne depuis 2,46 ans (écart-type de 0,65 ans) tandis que les infirmières soignantes occupent le même poste depuis en moyenne 11,18 ans (écart-type de 5,16 ans). En moyenne, les infirmières soignantes affirment être sous la direction du même gestionnaire depuis 2,78 ans.

Tableau 3

Répartition des participants quant au statut d'emploi, à l'horaire de travail et à la durée de l'emploi actuel

		Infirmières soignantes n = 6	Gestionnaires infirmiers n = 5
Statut d'emploi	TPR	3	0
	TCP	3	5
Horaire de travail	Jour	2	5
	Soir	1	0
	Jour et soir	2	0
	Jour et garde	1	0
Durée de l'emploi actuel	Moyenne	11,18 ans	2,46 ans
	Écart-type	5,16 ans	0,65 ans

Depuis le début de leur carrière, les infirmières soignantes et les infirmières gestionnaires cumulent en moyenne 20,4 années d'expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans les réseaux similaires de d'autres provinces.

Le Tableau 4 indique qu'en moyenne, selon les infirmières soignantes, 56 personnes se rapportent à leur gestionnaire infirmier. Ce tableau indique aussi que les gestionnaires infirmiers ont en réalité la charge, en moyenne de 77 personnes avec un écart-type de 31 personnes.

Tableau 4
 Nombre d'employés se rapportant au gestionnaire infirmier

	Infirmières soignantes n=	Gestionnaires infirmiers n=
49 personnes et moins	3	1
Entre 50 et 99 personnes	2	1
Plus de 100 personnes	1	3

Signification de la confiance des infirmières soignantes et gestionnaires infirmiers

Les entrevues semi-dirigées visent à dégager la signification de la confiance pour les infirmières soignantes et pour les gestionnaires infirmiers en milieu CHSGS. Pour ce faire, leurs réponses au questionnaire d'entrevue basé sur *l'Inventaire des critères de la confiance* de Butler (1991) sont évaluées. Les variables mesurées sont la disponibilité, la compétence, la constance, la discrétion, l'équité, l'intégrité, la loyauté, l'ouverture, la promesse tenue et la réceptivité (Appendice A). Pour chacun de critères de la confiance, les perceptions des infirmières soignantes et des gestionnaires infirmiers sont présentées.

Disponibilité

Les infirmières soignantes identifient clairement la disponibilité comme étant un critère de la confiance qu'elles accordent à leur gestionnaire. Elles utilisent

régulièrement les termes associés à la disponibilité de leur gestionnaire lorsqu'il s'agit de résoudre des problèmes urgents, de « venir voir » l'équipe de travail, d'avoir le temps de les écouter quand le besoin se manifeste. Les infirmières soignantes associent à la disponibilité de leur gestionnaire au fait de se faire poser des questions comme: « puis-je vous voir? [...] Où êtes-vous rendues dans votre travail? ». Inversement, certaines infirmières soignantes signalent que pour certaines communications ou demandes, celles-ci doivent attendre que les gestionnaires infirmiers soient disponibles pour les rencontrer. Ce délai paraît toutefois justifié pour l'infirmière soignante:

Je me suis rendu compte que ce n'est pas à n'importe quelle heure que je dois y aller. [...] Elle n'a pas juste ça à faire. C'est pas parce qu'elle n'est pas disponible, c'est qu'elle a plusieurs choses à faire. Il est mieux d'attendre qu'elle soit disponible à recevoir ce que j'ai à lui dire.

Les deux infirmières qui ne voyaient pas la disponibilité comme étant un critère de confiance avancent que le temps passé avec une personne n'engendre pas nécessairement la confiance.

La majorité des gestionnaires infirmiers abordent la disponibilité comme étant un critère de confiance mais l'analyse des résultats montre que la disponibilité comporte plusieurs sens distincts.

Certains gestionnaires infirmiers identifient deux aspects à la disponibilité: physique et psychologique. La disponibilité physique est « d'avoir le temps » de rencontrer les gens et la disponibilité psychologique se caractérise par l'attention portée aux propos de

la personne quand elle parle. Selon ces gestionnaires infirmiers, le manque de disponibilité physique ou psychologique peut ébranler la confiance des infirmières soignantes. Un gestionnaire fait par exemple allusion au besoin des infirmières soignantes de ventiler, d'évacuer le stress en parlant à l'infirmière gestionnaire. Celle-ci doit donc être disponible au cas où une infirmière ait le besoin immédiat de ventiler sur une situation vécue.

Dans un sens très différent, certains gestionnaires infirmiers associent la disponibilité de l'infirmière soignante avec le respect de la convention collective au niveau de la ponctualité de l'horaire de travail. Également, la disponibilité de l'infirmière soignante pour les rencontres individuelles et d'équipe font partie des attentes qui influencent le degré de confiance des gestionnaires.

Tout comme ils s'accordent pour eux-mêmes quelques circonstances atténuantes qui justifient d'avoir manqué à la disponibilité attendue, quelques gestionnaires affirment qu'ils acceptent de composer avec certains impondérables, par exemple, les contraintes de la garderie.

Compétence

Les infirmières soignantes perçoivent bien la compétence comme un critère de confiance à l'égard de l'infirmière gestionnaire. Pour elles, la compétence est liée aux

connaissances mais aussi à l'expérience du gestionnaire infirmier. Cependant, pour certaines infirmières soignantes, la compétence est la capacité du gestionnaire infirmier à « mettre en relation ses connaissances et son expérience ».

Compétence liée aux connaissances. La majorité des infirmières soignantes reconnaissent que le gestionnaire infirmier doit non seulement être diplômé en sciences infirmières, mais détenir des connaissances en gestion de ressources humaines, de même qu'au plan des conventions collectives. Selon une infirmière soignante, « le gestionnaire doit faire un lien avec la convention collective. [...] Appliquer les règlements en vigueur ». Certaines infirmières soignantes affirment que, pour être un bon gestionnaire, il faut, en plus des compétences cliniques, être compétente en gestion.

Compétence liée à l'expérience. Certaines infirmières insistent sur l'importance de se référer à un gestionnaire infirmier qui a de l'expérience comme gestionnaire. Ces infirmières soignantes dénotent que le gestionnaire infirmier d'expérience est plus sensible et plus à l'écoute de l'équipe de travail que le gestionnaire novice. De plus, certaines infirmières qui n'ont pas confiance en leur gestionnaire affirment qu'elles ont tendance à vérifier le travail des gestionnaires infirmiers afin d'éviter les tracas sur l'unité de soins, par exemple en validant l'horaire de travail établie par le gestionnaire.

La majorité des gestionnaires infirmiers affirme qu'il suffit aux infirmières soignantes de détenir le permis de pratique et de porter le titre d'infirmière en appliquant

le code de déontologie, pour qu'ils jugent les infirmières soignantes compétentes. « Au niveau de l'instruction, de la spécialisation, on prend pour acquis que la personne a les connaissances. [...] Si elle a des connaissances, je fais confiance, sinon, je doute et il y a un questionnement ».

Fait intéressant à noter: la majorité des gestionnaires infirmiers s'attend à ce que l'infirmière soignante s'abstienne d'intervenir lorsqu'elle doute du geste à poser sur un patient et ils apprécient qu'elle s'informe pour combler cette lacune dans ses connaissances cliniques. Certains gestionnaires infirmiers signalent que, dès qu'une infirmière soignante pose un acte sans manifestement détenir les connaissances et les compétences requises, ils perdent confiance en elle.

Pour quelques gestionnaires infirmiers, la vraie marque de confiance consiste à déléguer des tâches spécifiques à certaines infirmières soignantes. Les infirmières à qui elles délèguent sont celles qui montrent leurs capacités et qui ont fait leurs preuves auprès du gestionnaire infirmier. Certains gestionnaires infirmiers mentionnent qu'ils vont même parfois tester le lien de confiance pour s'assurer que l'infirmière soignante en est digne.

Constance

Certaines infirmières soignantes affirment qu'il est plus facile de travailler avec une personne dont la personnalité est stable. En effet, selon elles, travailler avec quelqu'un qui « chiâle toujours, c'est plus difficile ». Certaines infirmières rappellent qu'un gestionnaire doit avoir la mission du centre hospitalier en tête lorsqu'il prend des décisions; ses décisions sont prévisibles, attendues. Pour les infirmières, « les gestionnaires sont capable de faire la part des choses, de voir au bout des choses, avec en tête la mission du centre ».

Certains gestionnaires sont conscients de l'importance, pour les employées, de sentir que le gestionnaire travaille pour elles. Ces gestionnaires perçoivent qu'elles savent à quoi s'attendre de leur travail de gestionnaire, ce qui indique la réciprocité dans la confiance mutuelle.

Discrétion

La majorité des infirmières soignantes affirment que la discrétion est la capacité du gestionnaire de garder secrètes leurs confidences. Quand l'infirmière soignante entend répétés les propos qu'elle avait confié au gestionnaire, elle perd aussitôt confiance en lui. Seule une minorité d'infirmières soignantes affirment ne pas divulguer leur vie privée au gestionnaire, qu'elles séparent nettement de la vie au travail.

Certains gestionnaires caractérisent la discrétion comme un lien secret les unissant avec une employée, où les deux personnes partagent des informations privilégiées sur leur vie privée.

Équité

Selon la majorité des infirmières soignantes, l'équité doit caractériser les relations qu'entretient le gestionnaire infirmier avec tous les employés. Selon une infirmière, le gestionnaire infirmier doit être équitable, « permettre à tout le monde de monter des projets, pas toujours la même personne ». Pour certaines infirmières soignantes, l'équité se traduit par le fait que lorsqu'un gestionnaire affirme quelque chose à quelqu'un, cela doit être la même affirmation pour tous les gens. Il en est de même pour l'attribution de congés spéciaux, les infirmières soignantes perdraient confiance en un gestionnaire infirmier qui ne fait pas « la part des choses ». Selon certaines infirmières soignantes, l'équité peut se traduire par le fait de se sentir l'égale de chacune de ses collègues aux yeux du gestionnaire.

La majorité des gestionnaires infirmiers affirment que l'équité est très importante eu égard à la confiance qu'ils inspirent aux infirmières soignantes, compte tenu de la quantité d'employés qu'ils ont à gérer. Ils rapportent ne pas vouloir donner plus à l'un qu'à l'autre et tiennent à ce que tous les employés soient traités de la même façon.

Certains gestionnaires affirment que l'équité doit non seulement commander les rapports avec les employés mais aussi avec leur supérieur. Les gestionnaires infirmiers attendent de leur supérieur qu'il soit juste à l'égard de tous ses adjoints.

Intégrité

Les infirmières soignantes rapportent qu'un gestionnaire doit être honnête au sens où il est capable de reconnaître ses erreurs. Chez certaines infirmières, le gestionnaire doit être capable d'écouter et de réagir adéquatement (feedback) aux demandes des infirmières soignantes quand un problème surgit sur l'unité de soins ou face aux demandes de congés. Lorsque le gestionnaire donne une réponse négative trop rapide, les infirmières soignantes ont l'impression que le gestionnaire ne veut pas se donner la peine de s'informer et de s'investir pour le travail des infirmières soignantes. De plus, le gestionnaire infirmier « [...] a ses limites, ses barèmes. Elle respecte ses barèmes. [...] Si ma gestionnaire fait des erreurs, elle doit le dire, ne pas le camoufler ».

Les gestionnaires infirmiers disent accorder une grande importance à l'honnêteté des employées. Certains gestionnaires affirment ne pas accepter les mensonges, la vérité est une valeur personnelle importante qui est exigée sur les unités de soins. Les gestionnaires affirment être honnête dans leurs relations avec les infirmières soignantes et s'attendent au même traitement en retour.

Loyauté

Selon les infirmières, la loyauté du gestionnaire se traduit par des initiatives visant à soutenir et appuyer les infirmières soignantes et les équipes de soin en cas de besoin.

Les gestionnaires infirmiers rapportent être solidaires de leur équipe de soins. Un gestionnaire infirmier ajoute: « On doit travailler pour eux. Ils doivent sentir qu'on travaille pour eux ».

Ouverture

Les infirmières soignantes rapportent que les gestionnaires infirmiers ouverts veulent et sont capable d'écouter, de comprendre et d'être sensible à la situation vécue par l'infirmière. Selon une infirmière soignante, l'ouverture représente « l'ouverture d'esprit et l'ouverture de parole. Il faut être capable de dire ce qu'on pense sur le moment, sans vexer et sans être vexé ».

Les gestionnaires infirmiers insistent sur l'importance de valider et de mettre à jours les informations cliniques des infirmières soignantes. De plus, les gestionnaires infirmiers rapportent être capable d'avouer leur ignorance aux infirmières quand ils n'ont pas de réponse à leur question, preuve d'ouverture. Les gestionnaires signalent répondre aux questions des infirmières en général et mentionnent que les questions sont

plus fréquentes chez les jeunes infirmières et les candidates à l'exercice de la profession infirmières (CEPI). La confiance favorise l'expression de la vérité, les partenaires d'une équipe sentent qu'ils peuvent dire les vraies choses sans être jugé. « Il faut être ouvert à l'adaptation. Si notre choix *floppe*, il faut se virer de bord. Il faut consulter l'équipe pour qu'ils fassent partie du processus. [...] Dire à l'équipe pourquoi ça n'a pas fonctionné ».

Promesse tenue

Les infirmières soignantes affirment que les gestionnaires infirmiers doivent tenir leur parole pour bénéficier de leur confiance. Quand le gestionnaire affirme qu'il fera quelque chose, l'infirmière soignante sait qu'il va le faire. Certaines infirmières ajoutent que si le gestionnaire n'est pas capable d'honorer un engagement, il devra se justifier auprès des infirmières. Les infirmières soignantes divulguent carrément perdre confiance si le gestionnaire ne tient pas parole. Une infirmière ajoute: « Je suis sceptique quand on me dit: « j'ai appelé tout le monde, aucune infirmière est disponible pour entrer travailler » et que ce n'est pas fait. J'ai toujours un doute pour certaines personnes ».

Les gestionnaires infirmiers ont confiance en la réalisation du travail confié aux infirmières soignantes. De fait, ils s'attendent que le travail demandé soit exécuté. Un gestionnaire infirmier ajoute:

Je ne suis pas un détective. Quand je demande quelque chose, je m'attends à ce que ce soit fait. Si ce n'est pas fait, on m'assure un suivi. Je n'ai pas le temps, à 140 employés, de passer derrière eux. [...] Je me rends compte

d'un travail non fait ou mal fait par des plaintes de collègues de travail ou de la clientèle.

Certains gestionnaires affirment que lorsqu'ils donnent leur parole, il est clair que leur engagement sera tenu. De cette manière, les infirmières soignantes peuvent voir qu'ils ne « parlent pas dans le vide ».

Réceptivité

Les infirmières soignantes prétendent que le gestionnaire infirmier doit écouter, entendre et être ouvert à ce qu'elles tentent de lui communiquer à propos du travail. Certaines infirmières ajoutent qu'elles devraient être capable de dire au gestionnaire infirmier ce qu'elles pensent des mesures en place, que se soit positif ou négatif, tout en respectant les procédures admises. Les infirmières soignantes ajoutent que la capacité d'écoute du gestionnaire leur donne un pouvoir apprécié. Elles affirment qu'avec l'ouverture manifestée par le gestionnaire, elles ont la possibilité de faire avancer des projets. Enfin, les infirmières soignantes perçoivent positivement le gestionnaire qui ne présente pas de résistance au changement quand il est fondé, et qui fait confiance aux suggestions de l'infirmière soignante.

Les gestionnaires affirment qu'il y a réceptivité, dans une relation de travail, seulement si l'ouverture est « réciproque entre les deux personnes », une caractéristique de la confiance mutuelle. Certains gestionnaires rapportent à cet égard qu'ils sont

capables de décoder les messages non-verbaux des infirmières soignantes. Ils se prétendent ouverts à ce que les infirmières amènent. Un gestionnaire infirmier dit:

Ça fait sorcière, je vois dans les yeux si la personne est franche. Dans les réponses, il peut y avoir de la nervosité. Je peux tenter de diminuer le tempo pour qu'elle se sente en confiance et que je ne la juge pas. [...] Il faut lui laisser l'occasion de s'exprimer.

Importance accordée à la confiance

Les infirmières affirment à 67% (n = 4) que les critères qui fondent la confiance réciproque n'ont pas tous la même importance relative. En effet pour les infirmières soignantes, la compétence et l'intégrité ressortent comme étant les critères les plus importants pour l'établissement du lien de confiance avec le gestionnaire infirmier. Certaines infirmières soignantes affirment que la compétence reconnue de leur gestionnaire leur donne la capacité de s'unifier, de faire équipe avec le gestionnaire et de le suivre par la suite. Certaines infirmières déclarent que l'intégrité représente le critère le plus important quand il s'agit d'accorder sa confiance à quelqu'un dont on veut avoir l'assurance qu'il respecte les règles de l'établissement et de la société, car l'intégrité est à la base des relations humaines.

Les critères moins importants pour les infirmières soignantes sont la disponibilité et la discrétion parce que les infirmières rapportent avoir une vie sociale importante en dehors du travail. La discrétion, car à l'occasion, le gestionnaire pourrait ne pas être discret dans l'intérêt d'une infirmière. Par exemple, si une infirmière soignante affirme

vivre des moments difficiles, le gestionnaire en parlera avec un psychologue ou un autre spécialiste pour avoir des conseils afin de mieux agir avec l'infirmière. Les infirmières soignantes affirment que la confiance à l'égard du gestionnaire leur donne un sentiment de sécurité au travail et ainsi rend l'ambiance de travail plus agréable.

Je sais que s'il arrive un pépin, je vais pouvoir m'appuyer, aller la voir [...]. Elle va comprendre ce que je lui dis, ce que je suis. La confiance envers le gestionnaire, c'est la sécurité. Tu sais qu'elle est toujours là. Elle va prendre la part du personnel et amène le point de vue des infirmières dans les réunions.

Certaines infirmières signalent par contre que le manque de confiance à l'égard du gestionnaire infirmier provoque de l'insécurité et plus de tracas au travail:

Si t'as pas confiance, tu es toujours sur le qui-vive. Tu ne sais jamais à quoi t'attendre. [...] Ça vas-tu marcher? Quand tu as confiance, c'est comme avoir un parachute.

Les gestionnaires affirment à 60% (n = 3) que les critères de la confiance n'ont pas tous la même importance. Un seul gestionnaire évalue que le critère de la disponibilité est le moins important dans la confiance accordée à l'infirmière soignante. Les gestionnaires infirmiers affirment que les critères sont tous importants mais l'intégrité, l'ouverture et la compétence sont rapportés comme étant les critères ayant plus d'importance. Pour 40% (n = 2) des gestionnaires, les critères sont tous importants. L'atteinte de tous ces critères par une infirmière soignante fait en sorte qu'ils ont confiance en elle.

Les gestionnaires affirment que le sentiment de confiance augmente l'assurance dont font preuve les infirmières soignantes en milieu de travail. Les gestionnaires certifient qu'en manifestant leur confiance envers les infirmières soignantes elles leur donne l'assurance que les soins infirmiers seront de qualité pour les clients. Un gestionnaire infirmier témoigne de cette confiance à deux sens:

Les infirmières sont mes yeux, mes oreilles, mes mains. Elles sont là 24 heures sur 24. [...] Si j'ai confiance qu'elles donneront des soins de qualité, elles doivent avoir confiance que je vais les aider et les outiller à donner des soins de qualité. Nous sommes centrés sur le client qui est au cœur des soins.

Réseau de confiance

Les infirmières soignantes confient avoir confiance en certaines collègues, certaines secrétaires, certains préposés aux bénéficiaires. Les infirmières soignantes n'accordent pas leur confiance au premier venu.

J'ai confiance [...] aux infirmières, pas toutes [...]. J'ai confiance en certaines infirmières. Malheureusement. J'aimerais avoir confiance en toutes les infirmières. [...] Quand tu travailles avec certaines, le manque de confiance est un peu lourd à supporter.

Certaines infirmières affirment avoir confiance en quelques médecins. Par contre, d'autres infirmières rapportent ne pas avoir confiance aux médecins. Quelques infirmières prétendent avoir confiance en leur gestionnaire infirmier. Les infirmières accordent aussi leur confiance à la direction des ressources humaines (DRH).

Les gestionnaires infirmiers déclarent avoir confiance aux chefs d'équipes, aux infirmières soignantes ayant des postes stratégiques et à la majorité des autres infirmières soignantes. Certains gestionnaires infirmiers rapportent avoir confiance en la directrice des soins infirmiers (DSI), en la direction des services professionnels (DSP), en la direction des ressources humaines (DRH) et envers le directeur général (DG). D'autres gestionnaires infirmiers affirment ne pas avoir confiance en ces diverses instances. Quelques gestionnaires infirmiers rapportent éprouver de la confiance à l'endroit de la commis de leur département. Certains gestionnaires infirmiers rapportent avoir un bon rapport avec le responsable de l'entretien ménager, sans toutefois parler de relation de confiance.

Confiance envers le gestionnaire infirmier

Toutes les infirmières soignantes interrogées dans le cadre de l'intervention affirment avoir confiance envers leur gestionnaire infirmier. Certaines infirmières soignantes confient manquer de confiance au processus de création des horaires de travail. Certaines infirmières déclarent se sentir découragées à l'occasion; elles déplorent que leur gestionnaire infirmier ne souligne pas leur bon travail et ne montre pas suffisamment d'intérêt pour le progrès accompli dans les projets spéciaux.

Lorsque questionnées sur leur expérience antérieure d'une relation de confiance au travail, certaines infirmières se rappellent avoir eu confiance envers d'autres

gestionnaires infirmiers. Elles parlent de ces gestionnaires comme de personnes compétentes, responsables et qui inspiraient confiance aux équipes de travail. D'autres infirmières soignantes rapportent avoir vécu un manque de confiance à l'égard de précédents gestionnaires, en raison du manque d'humanisme, de la rigidité à appliquer les règlements en vigueur et du manque d'écoute et d'ouverture envers les infirmières soignantes.

Enfin, certaines infirmières signalent avoir travaillé avec un gestionnaire infirmier qui donnait toujours l'impression d'être dérangé quand elles venaient le consulter. Elles sentaient un désintéressement de sa part. Elles ajoutent que ce gestionnaire déléguait le plus de dossiers possible sans assurer les suivis nécessaires. « C'était comme un bateau sans capitaine sur une mer déchaînée. (...) Je me sentais comme cela. Chaque matelot sur chaque quart de travail tentait de tenir le bateau à flot ».

Confiance envers les infirmières soignantes

Les gestionnaires infirmiers révèlent avoir confiance en la majorité des infirmières. Un gestionnaire affirme: « J'aurais pas peur de me faire soigner par mes infirmières. Je crois que je serais bien traité. [...] Je suis en sécurité. Elles ont toujours démontré qu'elles donnent de bons soins ». Certains gestionnaires affirment manquer de confiance envers certaines infirmières de certaines unités de soins. Ils racontent manquer de confiance lorsque se présente une situation difficile, car le rapport fourni par ces

infirmières et celui de la coordonnatrice d'activités diffèrent. Lorsqu'ils rencontrent des jeunes infirmières de la génération X ou Y, les gestionnaires infirmiers ont l'impression qu'ils ne peuvent critiquer sainement le travail de ces infirmières et qu'elles ont choisi la profession sans penser aux conditions de travail. Les gestionnaires divulguent manquer de confiance envers les infirmières soignantes qui camouflent leurs erreurs et cachent la vérité. Certains gestionnaires certifient manquer de confiance envers les infirmières soignantes travaillant sur la liste de rappel. Ils ajoutent qu'ils ne peuvent avoir confiance en ces employés occasionnels car ils ne connaissent pas bien les personnes et leurs habitudes de travail.

Certains gestionnaires infirmiers racontent se souvenir, à l'époque où ils étaient infirmières soignantes, d'une marque de confiance donnée par leur gestionnaire. Cette marque de confiance se manifestait par l'attribution d'un projet spécial et toute l'attention du gestionnaire durant la première évaluation de rendement. Certains gestionnaires actuels déclarent avoir vécu, à l'époque, une situation où ils ont manqué de confiance à l'égard de leur gestionnaire. Ces anciennes infirmières soignantes affirment avoir été jugées sommairement, lors d'une situation problématique, par leur gestionnaire infirmier qui ne s'est pas informé de *leur* version des événements. En fait, il apparaît que d'autres infirmières soignantes tentaient de défendre leur point de vue et que le gestionnaire l'a immédiatement accusé. Les gestionnaires participants soulignent l'importance d'entendre les deux versions lorsqu'il y a litige entre employées, pour éviter d'accuser faussement une personne. Dans le même ordre d'idée, selon

Peter, Macfarlane et O'Brien-Pallas (2004), le manque de confiance des infirmières soignantes envers d'autres professionnels de la santé amène un climat de travail « toxique » et les infirmières considèrent la charge de travail beaucoup plus grande ce qui contribue à les rendre frustrées durant leur quart de travail.

Perception de la confiance mutuelle

Les infirmières sont d'avis que leur gestionnaire a confiance en eux. Elles affirment que leur gestionnaire manifeste sa confiance à l'égard de l'employée subalterne en inscrivant des commentaires positifs dans leurs évaluations de rendement de cette dernière. De même, la confiance du gestionnaire infirmier accordant aux infirmières soignantes de réaliser certains projets spéciaux au sein de l'unité illustre la latitude dont jouissent ces dernières, signe évident de confiance. Les infirmières soignantes pointent d'autres exemples de confiance mutuelle comme la délégation, du gestionnaire infirmier, de responsabilités qui lui reviennent normalement, comme certains achats.

Par ailleurs, des infirmières affirment qu'il est difficile d'établir si le gestionnaire infirmier a confiance en elles, puisqu'elles le rencontrent à l'occasion principalement pour des reproches au sujet du travail individuel ou de semonces. Elles ajoutent qu'elles aimeraient se faire encourager, voire, discuter des réussites tenues sur l'unité de soins avec le gestionnaire infirmier, plutôt que de ne rencontrer leur supérieur pour recevoir des sanctions.

Les infirmières soignantes rappellent que les gestionnaires infirmiers, les clients et les collègues de travail ont confiance en elles, car ils disent qu'elles sont fiables, qu'elles aident les autres infirmières, qu'elles gardent les confidences, qu'elles rassurent les clients, qu'elles sont compétentes et qu'elles sont des gens auxquels on peut se fier, tous des critères présidant à l'établissement d'une relation de confiance.

Les gestionnaires font état de perceptions à l'effet que les infirmières soignantes ont confiance en eux. Ils affirment que la confiance des infirmières soignantes à leur endroit se manifeste par des gestes concrets, qui vont de la disponibilité des membres de l'équipe de soins, leur fiabilité, leur implication professionnelle, leur encouragement et jusqu'à la qualité de leur support à l'équipe de soins.

Une discussion générale portant sur les aspects soulevés lors des analyses d'entrevues est élaborée dans le prochain chapitre. Finalement quelques recommandations sont proposées.

Discussion

L'objectif initial de l'intervention est d'explorer les perceptions de la confiance mutuelle telles qu'éprouvées par l'infirmière soignante et le gestionnaire infirmier. Pour se faire, les résultats obtenus auprès de l'échantillonnage sont discutés, tout en les mettant en relation avec les critères de confiance de Butler (1991). Par la suite, des recommandations relative à la pratique des sciences infirmières sont émises. Finalement, l'évaluation des forces et des faiblesses de l'étude exploratoire des attitudes qui président à la dispensation de soins de qualité dans un environnement de travail sain est faite. Cette auto-critique de l'intervention contribue à valider les résultats.

Écart entre les résultats et la littérature

Les informations sur les participants situent la moyenne d'âge de l'échantillon dans la moyenne des infirmières exerçant au Québec, qui est de 43,3 ans (OIIQ, 2004). Par contre, puisque l'échantillon comporte un infirmier soignant (17%) et un gestionnaire infirmier (20%) de sexe masculin, la représentativité des travailleurs masculins sur les unités de soins, qui se chiffre à 9,1% (OIIQ, 2004) au Québec, se voit dépassée par leur proportion dans l'intervention, tout comme les chiffres excèdent la moyenne canadienne qui se situe à 5,3% (ICIS, 2004) des travailleurs masculins. Au niveau du statut d'emploi (temps complet régulier), trois infirmières soignantes (50%) qui participaient à l'étude s'inscrivent dans la moyenne québécoise qui est de 54,8% (OIIQ, 2004).

Les gestionnaires infirmiers occupent le même poste en moyenne depuis 2,46 ans et les infirmières soignantes 11,18 ans. Selon Rempel, Holmes et Zanna (1985), la confiance mutuelle se tisse sur la trame des interactions passées. Par conséquent, le manque de stabilité dans la réorganisation de la gestion infirmière fragilise le lien de confiance pouvant être établi entre le gestionnaire infirmier et les infirmières soignantes. La cohorte d'infirmières soignantes se réclament de la direction du même gestionnaire infirmier depuis en moyenne 2,78 années. Selon Bourbonnais et al. (2000), le niveau d'expérience très différencié et le changement fréquent des unités dont le gestionnaire à la charge peut susciter des comportements de méfiance de la part des équipes de soins.

Les infirmières soignantes avancent que les gestionnaires infirmiers ont la charge d'en moyenne 56 personnes. Cependant, la médiane du nombre de personnes dont les gestionnaires infirmiers ont réellement la charge est ordinairement de 100 personnes. Par conséquent, les infirmières soignantes minimisent ou ne connaissent pas l'éventail de responsabilités et la charge de travail du gestionnaire. Cet écart important des perceptions pourrait porter ombrage à l'établissement de la confiance mutuelle sur l'unité de soins. Ne serait-ce que parce que la disponibilité du gestionnaire infirmier paraît beaucoup moindre que ce qu'il peut réellement consentir aux infirmières soignantes?

L'essai, axé sur *l'Inventaire des critères de la confiance* de Butler, fait ressortir certaines similitudes et certaines différences entre les deux groupes de participants lors

des entrevues. En effet, les infirmières soignantes avancent que le temps passé avec leur gestionnaire infirmier n'entraîne pas nécessairement l'instauration d'un lien de confiance mutuelle. *L'Inventaire des critères de la confiance* de Butler laisse prévoir ces déclarations. En fait, la disponibilité du gestionnaire et son temps passé avec l'équipe d'infirmières soignantes ne suffisent pas à ces dernières pour qu'elles aient confiance en lui. Donc, le critère de la disponibilité à lui seul n'est pas une condition nécessaire du lien de confiance, mais paraît bien en être une condition suffisante.

En examinant d'un peu plus près leurs perceptions, les infirmières soignantes font allusion à deux types de disponibilité: physique et psychologique. La disponibilité physique réfère aux termes utilisés par Butler soit d'être présent quand la personne en manifeste le besoin. Or, la disponibilité psychologique que requièrent les infirmières soignantes consiste, pour celles-ci, à constater que le gestionnaire infirmier est manifestement absorbée par les propos de l'infirmière soignante. Ce nouveau type de disponibilité psychologique vient donc enrichir le critère butlerien de la disponibilité, encore qu'il recoupe le domaine couvert par la capacité d'écoute et l'ouverture (Mathieu et Mayrand Leclerc, 2002). Aussi, il est établi que le critère de la disponibilité comprend les deux aspects mentionnés ci-dessus.

Les infirmières soignantes déplorent le manque de soutien et d'intérêt pour le travail accompli et les progrès réalisés durant les projets spéciaux. De plus, celles-ci ajoutent qu'elles aimeraient se faire encourager, voire, discuter des réussites réalisées sur l'unité

de soins. Selon Tremblay et al. (2000), la reconnaissance est perçue comme une marque de considération et de support organisationnel. De plus, la reconnaissance « provenant du supérieur immédiat serait d'autant plus appréciée vu son caractère non obligatoire » (Tremblay et al. 2000). La reconnaissance du gestionnaire envers le travail accompli de ses subordonnés contribue au maintien de la confiance (Peccei et Guest, 2002). Le gestionnaire mobilisateur encourage l'esprit d'initiative et la créativité des infirmières. En reconnaissant le travail des infirmières, le gestionnaire crée un « environnement dynamique, mobilisateur et propice à la création de nouvelles idées » (Mathieu et Mayrand Leclerc, 2002).

Suivant Butler, la compétence recouvre les habiletés techniques et interpersonnelles. Les participantes estiment toutefois que la compétence a deux sources: la compétence liée aux connaissances et la compétence liée à l'expérience. La compétence liée à l'expérience correspond manifestement à la définition de la compétence selon Butler. Cependant, il faut spécifier que le critère de compétence liée à l'expérience sert principalement à définir les attentes des infirmières soignantes à l'égard du gestionnaire infirmier. Les gestionnaires infirmiers qui ont acquis de l'expérience clinique en tant qu'infirmière soignante sont perçus comme ayant une plus grande sensibilité aux différents aspects du soin infirmier et l'équipe d'infirmières soignantes leur reconnaît une meilleure écoute. Les infirmières interrogées insistent sur l'empathie liée à l'expérience antérieure du gestionnaire. Les travaux de Baumann et al. (2001) stipulent que le soutien du gestionnaire infirmier contribue à diminuer le stress des

infirmières soignantes; celles-ci restent par conséquent plus longtemps sur une même unité de soins, indice sûr d'un climat de travail sain.

Lors des entrevues, les participants définissent les critères de constance, de discrétion et d'ouverture en se ralliant, *grosso-modo*, aux définitions de Butler. Les gestionnaires infirmiers perçoivent le critère de constance dans le cas de prise de décision sur l'unité de soin: afin d'être prévisible, les gestionnaires infirmiers adoptent des actions conformes à la mission du centre hospitalier et aux règlements en vigueur. Selon Farrell, George, Brukwitzki et Burke (2002), un gestionnaire compétent a la capacité d'intégrer la mission de l'organisation dans la pratique infirmière, appuie ses décisions par la vision de l'organisation et développe des projets sur les unités de soins en tenant compte de la vision de l'organisation. Ainsi, les infirmières soignantes savent à quoi s'en tenir; elles ne sont pas heurtées par des décisions intempestives ou étrangères à la culture infirmière.

Les infirmières font ressortir qu'il est plus facile de travailler avec des gestionnaires aux personnalités stables émotionnellement, dont les réactions sont anticipées.

La discrétion semble un critère déterminant de confiance, tant pour les infirmières soignantes que les gestionnaires infirmiers. Les deux groupes de participants s'entendent pour dire que, lorsque la discrétion est brimée, le lien de confiance se brise automatiquement.

Pour les deux groupes de participants, le critère d'ouverture désigne la capacité de formuler spontanément ses idées, termes utilisés par Butler.

L'équité est très importante tant pour les gestionnaires infirmiers que les infirmières soignantes. En fait, les gestionnaires infirmiers affirment qu'avec la quantité de personnel à gérer, tous les employés doivent avoir le même traitement. Pourtant, les infirmières affirment qu'une justice devrait animer toutes les relations de travail se traduisant par la possibilité offerte à toutes les infirmières soignantes de réaliser des projets spéciaux tout en dispensant des soins. Selon Mathieu et Mayrand Leclerc (2002), les employés, à qui certains projets sont attribués, s'investissent et transmettent leur enthousiasme à l'équipe de soins. Pourtant, ce n'est pas toutes les infirmières soignantes qui se voient offrir cette marque de confiance. Il reste que les gestionnaires infirmiers interrogés affirment déléguer des tâches spécifiques à certaines infirmières qui exhibent leurs capacités et qui ont fait leurs preuves. La délégation de tâches est vue comme une marque de confiance pour les gestionnaires infirmiers. Tout comme Almost et Lashinger (2002) l'établissent, l'intervention vérifie que le degré de confiance du gestionnaire le porte à collaborer et à travailler en étroite coopération avec les infirmières soignantes en qui il a confiance.

L'importance du critère de l'intégrité ressort des perceptions aussi bien d'infirmières soignantes que des gestionnaires infirmiers. Toutefois, l'interprétation de ce résultat

reste délicate puisque l'intégrité constitue une attente personnelle. En effet, les gestionnaires infirmiers interrogés à l'aide du guide d'entrevue confient transposer cette valeur personnelle à leur milieu de travail. Personnellement et professionnellement, ils s'attendent de se faire dire la vérité à la maison et au travail. Rappelons à ce propos la conclusion de Govier (1994) pour qui l'intégrité, considérée comme un critère de la confiance, réfère aux croyances et aux valeurs de la population considérée et suppose une implication au plan des sentiments et des comportements.

Les infirmières soignantes s'attendent à ce que lorsque le gestionnaire infirmier commet une erreur, il avise l'équipe de soins. À la question de savoir comment ils manifestent de l'ouverture à l'égard des infirmières soignantes, les gestionnaires infirmiers s'entendent sur l'importance de s'adapter aux changements et d'expliquer aux infirmières soignantes pourquoi ils changent d'orientation. Ces procédés contribuent à créer un sentiment d'appartenance pour l'équipe de soins. Un autre moyen de faire face à l'échec est de créer des rencontres de « débriefing ». Ces rencontres permettent de revoir les origines du problème et de trouver des actions à prendre lors d'événement critique (Mathieu et Mayrand Leclerc, 2002). Havens (1998) mentionne que le gestionnaire est considéré comme un déterminant critique pouvant influencer l'unité de soins. Donc, il paraît très important que l'équipe adhère aux vues du gestionnaire et qu'elle appuie ses décisions.

Quant au critère de la promesse tenue, les gestionnaires adhèrent aux propos de Butler, puisqu'on retrouve les caractéristiques énoncées par ce chercheur dans leurs témoignages. En fait, quand un gestionnaire assigne une tâche à une infirmière soignante, il s'attend à ce qu'elle soit remplie. Si une infirmière n'exécute pas la tâche prescrite, le gestionnaire infirmier sait qu'il devra rendre des comptes, car il reçoit des plaintes de collègues de travail ou de la clientèle. Inversement, les infirmières affirment n'avoir pas confiance en leur gestionnaire, lorsqu'elles en viennent à douter, parfois, de la réalisation de certains des engagements du gestionnaire. Par exemple, il arrive qu'il manque de personnel sur l'unité de soins et que le gestionnaire dise qu'il a tenté de rejoindre tous les gens disponibles sur la liste d'appel; cependant, elles apprennent plus tard que certaines infirmières soignantes n'ont pas été avisées du manque de personnel. Aussi, en général, les gestionnaires infirmiers rapportent-ils l'importance de *tenir leurs promesses*, afin de mériter la confiance des infirmières soignantes.

Finalement, le critère de réceptivité, c'est-à-dire la possibilité d'échanger sérieusement des idées avec le gestionnaire paraît très important pour les infirmières soignantes. En effet, elles rapportent que la capacité d'écoute du gestionnaire infirmier leur donne du pouvoir auprès de l'administration par rapport à l'avancement de certains projets en cours et que la capacité d'écoute du gestionnaire favorise même l'adoption de certains changements souhaitables pour l'unité de soins.

Quoique d'ordre qualitatif, les résultats de l'analyse permettent de constater l'importance relative des différents critères de la confiance de Butler auprès de la population considérée. Par ailleurs, la nécessité de satisfaire à tous ces critères afin d'affirmer la présence de confiance paraît se vérifier auprès de l'échantillon. Cependant, 67% des infirmières soignantes et 60% des gestionnaires infirmiers identifient certains critères comme étant plus importants que d'autres dans l'atteinte du lien de confiance. Tout comme les recherches de Jennings (1971), Gabarro et Athos (1978) le laissaient prévoir, les résultats établissent que la compétence professionnelle de la personne considérée (infirmière soignante ou gestionnaire infirmier) apparaît le critère le plus important aux yeux de la personne qui accorde sa confiance. En seconde place, c'est le critère de l'intégrité qui s'impose, car les participants estiment que l'honnêteté, la vérité, la transparence forment l'assise de toute relation sociale. Enfin, la troisième place menant à l'obtention de la confiance est détenue par le critère de l'ouverture, suivant certains gestionnaires infirmiers.

Il serait normal de s'attendre que les deux groupes perçoivent que la confiance mutuelle procure des bienfaits psychologiques et affectifs au travail et un sentiment de sécurité tel que décrit par Bhattacharya et al. (1998) et Zand (1997). À l'opposé, le manque de confiance entre infirmières soignantes et gestionnaires infirmiers entraîne de l'insécurité, des tracas et augmente le niveau de stress sur l'unité de soin. Il paraît donc important, à la lumière des résultats de l'intervention, d'investir à activer et à maintenir le lien de confiance réciproque entre infirmières soignantes et gestionnaires infirmiers.

Forces et faiblesses du projet

Forces du projet

Le projet d'intervention peut contribuer à bonifier le climat de travail dans les centres de soins, car il explore à la fois les perceptions de la confiance mutuelle vécue entre l'infirmière soignante et le gestionnaire infirmier en rapprochant ces perceptions des données fournies par les prédécesseurs. En somme, des interventions simples et précises favorisant l'acquisition et le maintien de la confiance sont proposées. Les suggestions, présentées aux deux classes du personnel visé lors de mini-conférences aux centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques, permettront aux gestionnaires infirmiers et aux infirmières soignantes une mise en application rapide et durable des critères présidant à l'établissement de liens de confiance au travail. Toutefois, l'application des recommandations présuppose un investissement personnel, un travail de l'infirmière et du gestionnaire sur ses propres attitudes au travail; de même qu'une certaine élaboration en commun des concepts qui *traduisent* les perceptions de la confiance. Cette dimension d'intériorité associée à l'objet de l'intervention conditionne évidemment la nature qualitative des résultats.

En effet, ayant cerné au moyen de définitions simples, d'exemples vécus et de témoignages, les comportements et les actions mettant la confiance au travail en péril, les gestionnaires infirmiers et les infirmières soignantes pourront tenter d'éliminer ces

comportements et de réformer leurs attitudes au besoin, afin de contribuer à un environnement de travail harmonieux. Comme ce progrès de la confiance repose sur une motivation personnelle et que la confiance suppose une relation entre deux personnes, il est clair que l'épanouissement individuel au travail passe par la mutualité des attitudes suscitant la confiance.

Le cadre théorique utilisé a grandement facilité le déroulement et l'analyse des entrevues en raison de ses nombreuses ramifications, susceptibles de recouvrir l'expérience des participants. Rappelons que l'*Inventaire* de Butler se rallie à l'approche cognitiviste, qui suppose qu'on peut explorer de manière qualitative le degré de confiance vécue par le personnel qui dispense et qui coordonne les soins infirmiers. Disposant de ce cadre théorique commode, les critères de la confiance tels que vécus par les participants s'intègrent tout naturellement à la typologie de Butler. Il faut signaler par ailleurs de légers écarts sémantiques par rapport à l'*Inventaire* quant à la signification que prêtent les infirmières aux différents critères de la confiance. L'interprétation de ces légers écarts sémantiques est vue comme un indice de la fiabilité du cadre théorique de Butler, en attribuant ces écarts sémantiques à la spécificité de la culture infirmière québécoise. Par ailleurs, avec un inventaire exhaustif de critères bien établis, il est facile d'intégrer des recoupements (*probes*) aux questions des entrevues de manière à valider par une autre question le ou les sens précis de chaque critère.

Faiblesses du projet

La difficulté à recruter des participants gestionnaires infirmiers pour cette intervention représente la faiblesse majeure du projet. Lors du recrutement de participants gestionnaires dans l'un des centres hospitaliers sélectionné, une étudiante d'une autre université québécoise rencontrait simultanément plusieurs gestionnaires infirmiers. Les gestionnaires participants à cette autre étude mentionnaient explicitement qu'ils n'ont pas de temps supplémentaire à accorder à l'intervention malgré le peu de temps requis pour l'entrevue.

Une autre circonstance semble avoir affecté le recrutement de gestionnaires infirmiers; c'est que l'implantation des Centres de santé et services sociaux (CSSS) amena un réaménagement des organigrammes de chacun des centres hospitalier. Lors du recrutement des participants et des entrevues, les gestionnaires infirmiers participants ne connaissaient pas l'avenir de leur poste ou affectation. Cette incertitude a probablement teinté le recrutement et les réponses obtenues lors des entrevues.

Recommandations au niveau des champs de pratique infirmière

Les sciences infirmières se définissent par quatre champs d'application soit la pratique, l'enseignement, la recherche et la gestion. Les résultats issus de l'intervention

permettent de formuler des recommandations correspondant à chacun de ces champs d'application.

Recommandations au niveau de la pratique

Sachant que les infirmières soignantes minimisent ou ne connaissent pas le nombre de personnes dont leur gestionnaire a la charge, il serait intéressant de les en informer. En effet, le gestionnaire infirmier connaît le rôle et les responsabilités des infirmières soignantes. Or, les infirmières soignantes estiment le travail du gestionnaire infirmier par les observations qu'elles font et les propos qu'elles entendent. Il serait pertinent que les infirmières soignantes connaissent le rôle et les responsabilités du gestionnaire infirmier dont elles relèvent. De cette manière, elles comprendront mieux le manque de disponibilité du gestionnaire pour l'équipe de soin. De plus, les infirmières seront tentées de prendre rendez-vous avec leur gestionnaire infirmier afin qu'il soit disponible physiquement et mentalement à les recevoir. Ainsi, les infirmières se sentiront mieux écoutées et resteront solidaires de l'unité de soins.

Recommandations au niveau de la gestion

Au cours des années, un même gestionnaire infirmier peut être amené à changer plusieurs fois d'unité de soin, ce qui a une incidence sur la construction de la confiance au sein d'une équipe. L'intervention permet de remarquer qu'un gestionnaire ayant eu

des affectations dans différentes localités successives peut susciter des comportements de méfiance de la part des équipes de soins, car la confiance ne se bâtit que dans la durée dans le poste. Afin de favoriser l'implantation d'un climat de confiance au travail, le gestionnaire infirmier devrait avoir la charge des mêmes unités pendant plusieurs années. Malgré les changements organisationnels importants que le système de santé a vécu ces dernières années et malgré l'implantation actuelle du nouvel organigramme des CSSS, le gestionnaire infirmier devrait garder la charge des mêmes unités de soins. Considérant que le gestionnaire infirmier est perçu comme une ressource facilitant la cohésion du personnel de garde (Havens, 1998), l'organisation a tout avantage à garder le plus longtemps possible le même gestionnaire à la tête des équipes de soins. Cette recommandation, qui mise sur la valorisation du personnel infirmier en place, peut non seulement contribuer à dissiper la méfiance des infirmières soignantes à l'égard du gestionnaire « qui se disperse », mais contribuerait à réduire l'absentéisme et l'épuisement professionnel (Baumann et al., 2001) sur les unités de soins.

L'empathie du gestionnaire infirmier manifestée à l'égard des infirmières soignantes paraît considérable. Cette empathie semble étroitement liée à l'expérience clinique antérieure du gestionnaire. En fait, un gestionnaire expérimenté dans le domaine de pratique des infirmières soignantes de son unité offre à ces dernières un meilleur soutien et, par conséquent, contribue directement à diminuer le niveau de stress des infirmières soignantes. Par conséquent, les infirmières soignantes restent plus longtemps sur un même unité de soins (Baumann et al., 2001) lorsqu'elles se sentent comprises et

écoutées par le gestionnaire infirmier. Afin de contribuer à la stabilité des équipes de soins, il est recommandé de rendre prioritaire l'attribution des unités de soins aux gestionnaires infirmiers dont le curriculum comporte une expérience à titre d'infirmière soignante dans le domaine clinique.

Se voir déléguer certaines tâches par le gestionnaire infirmier représente un signe de confiance pour les infirmières soignantes. Attribuer des projets à toutes les infirmières sur l'unité de soins est perçu comme une forme d'équité de la part du gestionnaire aux yeux des infirmières. De plus, cette collaboration au même projet augmente les occasions de rencontre entre les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers, ce qui profite à l'établissement de relations de confiance. Il est suggéré de donner plus d'accès aux projets à l'interne et que les gestionnaires infirmiers fassent en sorte de déléguer des tâches à plusieurs infirmières soignantes différentes.

L'écoute du gestionnaire infirmier donne un sentiment de pouvoir et d'importance aux infirmières soignantes, aussi il est recommandé aux gestionnaires de rencontrer les équipes de soins régulièrement. De cette manière, les infirmières pourront s'affirmer face aux décisions en lien avec l'unité de soins et le gestionnaire infirmier pourra les informer des nouveautés et donner de la rétroaction positive. De plus, ces rencontres témoigneront de la disponibilité des infirmières pour les gestionnaires infirmiers et réciproquement. L'écoute, les rencontres fréquentes, tout cela contribue à la confiance vécue entre les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers.

Recommandation au niveau de la recherche

Étant donné qu'aucune recherche en sciences infirmières ne porte explicitement sur la confiance vécue entre les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers, les résultats obtenus au moyen de l'intervention montrent l'importance de mieux connaître ce lien. Grâce au projet, les perceptions respectives de la confiance mutuelle entre gestionnaires infirmiers et infirmières soignantes ont été mise à jour, analysées et il s'en dégage des recommandations utiles pour le fonctionnement des unités de soins. Évidemment, les résultats seraient encore plus probants si l'étude de l'impact de la confiance sur la qualité des soins en comparant deux unités de soins était possible; l'une qui fonctionne dans un climat de confiance et l'autre dans un climat de méfiance ou d'indifférence.

Une étude sur la confiance mutuelle basée sur le modèle conceptuel de Watson pourrait être faite pour explorer les liens entre la confiance et le *caring* prôné par le processus transpersonnel. Par cette nouvelle étude, des liens peuvent être créés entre le modèle de Butler (1991) et celui de Jean Watson. En fait, un des facteurs caratifs consiste au développement d'une relation thérapeutique, de confiance et de *caring* (Kérouac, Pépin, Ducharme et Major, 2003).

L'analyse des résultats établit l'importance de la confiance pour tous les participants à l'intervention. Considérant que ce projet adopte une méthodologie de type qualitatif, il

serait intéressant d'étudier les perceptions de la confiance chez les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers avec un devis de recherche quantitatif par l'utilisation d'un plus grand échantillon. Cette nouvelle recherche pourrait apporter plus de précisions sur le rôle respectif de chaque critère dans le gain de confiance en contexte de travail.

Ce projet a été réalisé dans des centres hospitaliers de l'Outaouais. Par conséquent, il serait intéressant de comparer les résultats obtenus en faisant à nouveau cette étude avec d'autres critères d'inclusion tel que chez les candidates à l'exercice de la profession (CEPI), en milieu de centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD), dans d'autres régions du Québec ou dans un *magnet hospital*. Depuis 1994, la mention d'hôpital aimant est décernée par l'Association des infirmières américaines (ANA) qui reconnaît celui-ci comme ayant des soins infirmiers magnétisants. Cette reconnaissance externe est décernée par les pairs et sous une base volontaire (Mayrand Leclerc, 2002).

Recommandations au niveau de l'enseignement

On dispense à l'Université du Québec en Outaouais quatre cours au sein du baccalauréat en sciences infirmières qui touchent de près à la gestion d'unités de soin. Le cours ADM 1863, *Gestion des services de santé*, permet d'initier l'étudiant à une gestion efficace et efficiente du personnel infirmier en poste sur l'unité de soin, tout en développant sa conscience sociale et politique afin de participer au renouvellement des

services de santé (UQO, 2005). Les professeurs et concepteurs du programme en sciences infirmières pourraient intégrer à ce cursus les données recueillies sur l'établissement du lien de confiance entre le gestionnaire infirmier et les infirmières soignantes. Ce thème se rallie à la thématique du soutien social et de la reconnaissance. De cette manière, toutes les futures infirmières, étudiantes et bachelières, seraient sensibilisées à l'importance de la confiance au travail et transposeraient cette valeur interpersonnelle dans leur pratique infirmière.

En reconnaissant l'importance de la confiance au travail comme antidote au stress, au *burn-out*, ou tout simplement pour évoluer, comme personne, plus sainement parmi les contraintes du milieu hospitalier, ce thème peut être repris afin de faire avancer les connaissances en sciences infirmières.

Limites des résultats de l'intervention

L'intervention étant de nature exploratoire, elle demande un devis qualitatif. La faiblesse de ce devis est la très petite taille de l'échantillon retenu. Il faudrait extrapoler les résultats obtenus grâce à l'intervention pour déterminer s'ils représentent réellement les perceptions de toutes les infirmières soignantes et gestionnaires infirmiers partageant une même culture infirmière; une étude quantitative s'impose pour valider et généraliser les résultats. De plus, lors du recrutement, seulement les gestionnaires infirmiers et les infirmières soignantes désirant prendre part de l'intervention remettent leur formulaire

d'intérêt à participer complété. Cependant, les proportions relatives des participants représentent assez fidèlement la démographie des infirmières et infirmiers québécois, qu'ils soient gestionnaires ou soignants. Dans le contexte académique il faut strictement respecter la méthodologie d'une intervention qualitative pour des raisons, principalement, de faisabilité. Cette dimension qualitative ne permet pas à l'intervenante de vérifier si l'étude a eu un impact positif sur les participants des centres.

Dans un centre approché par l'intervenante, seulement deux gestionnaires infirmiers montrent leur intérêt pour le projet. L'intervenante n'insiste pas pour recruter un troisième gestionnaire infirmier afin de ne forcer le consentement de personne. Donc les résultats sont analysés et interprétés à partir des entrevues de cinq gestionnaires infirmiers participants. Il est possible que l'apport des perceptions d'un participant de plus, modifie légèrement les résultats obtenus. Cependant, il est difficile d'évaluer cette différence.

Évaluation des objectifs personnels

L'auteure a atteint ses objectifs personnels. En plus d'apprendre à construire un guide d'entrevue, l'intervenante a eu la chance de valider la mesure des variables étudiées et l'objectivité des questions du guide d'entrevue, tel que recommandé par Paillé (1991). L'objectif de mener une intervention qualitative sur le terrain a été atteint dans deux centres hospitaliers de l'Outaouais, dont un centre hospitalier comptant deux

pavillons. Les participants sont rencontrés en entrevue dans leur milieu de travail respectif. Le troisième objectif consiste à améliorer la précision des communications orales lors des échanges avec les participants. Pour ce faire, lors des entrevues, l'intervenante réfère souvent à l'*Inventaire des critères de la confiance* de Butler (1991) et surveille attentivement l'occurrence de mots associés à la confiance dans les réponses des participants. De plus, après chacune des entrevues, elle écoute l'enregistrement et prend des notes afin de s'améliorer pour l'entrevue subséquente.

Tout au long de ce projet, l'intervenante développe un intérêt grandissant pour la recherche en sciences infirmières. La mise en œuvre de ce projet permet de découvrir le rôle de chercheure en sciences infirmières. En effet, elle aime enseigner tout en contribuant à l'avancement de la profession. Afin de stimuler son intérêt pour la recherche, l'intervenante décide de s'inscrire à un programme de doctorat en sciences infirmières.

Conclusion

L'objectif de ce projet d'intervention est de contribuer à une définition pragmatique de la confiance, fondée sur les perceptions mêmes d'infirmières québécoises oeuvrant dans le milieu des CHSGS. En effet, aucune étude en sciences infirmières n'approfondit les perceptions de la confiance entre les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers.

Par l'intervention, la situation souhaitée est de combler le vide sur la connaissance infirmière en apprenant et en comprenant la signification de la confiance mutuelle entre les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers dans le milieu des CHSGS. Pour se faire, une étude descriptive de la confiance mutuelle entre l'infirmière soignante et le gestionnaire infirmier faite auprès des infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers s'est réalisée.

Les résultats montrent que l'intervention enrichit la définition de certains critères de la confiance. En fait, les infirmières soignantes font allusion à deux types de disponibilité : physique et psychologique. Les participants estiment que le critère de compétence a deux sources : la compétence liée aux connaissances et la compétence liée à l'expérience.

Les infirmières soignantes perçoivent la délégation de certains projets de la part du gestionnaire comme une manifestation du critère de l'équité. Il est important que le gestionnaire infirmier puisse attribuer des projets ou des responsabilités à plusieurs infirmières et de faire preuve de reconnaissance pour contribuer au maintien de la confiance.

Les gestionnaires infirmiers s'attendent à ce que lorsqu'une infirmière commet une erreur, elle l'avise. Dans le même ordre d'idées, les infirmières soignantes s'attendent à ce que le gestionnaire informe l'équipe de soins quand une orientation du département change. En fait, comme étant considéré comme un déterminant critique pouvant influencer l'équipe de soins (Havens, 1998), il paraît important que les infirmières adhèrent aux vues du gestionnaire et qu'elles puissent appuyer ses décisions.

Les participants ressortent l'importance du lien de confiance. Cette relation, basée sur la confiance amène un sentiment de sécurité, des bienfaits psychologiques et affectifs au travail, un « parachute » de l'environnement psychosocial du travail. À l'opposé, un manque de confiance entre infirmières soignantes et gestionnaire infirmier entraîne de l'insécurité, des tracas et augmente le niveau de stress sur l'unité de soins. Des études ultérieures permettraient d'évaluer les impacts de la confiance et de la non-confiance sur la qualité des soins, le climat de travail et la productivité des infirmières soignantes et des gestionnaires infirmiers.

Il est clair que l'intervention amène des retombées tant dans la pratique, la gestion, la recherche et l'enseignement des sciences infirmières. Suite à cette intervention, des recommandations sont émises dans chacun des champs d'application de la discipline infirmière. Afin de contribuer à activer et à maintenir la confiance entre le gestionnaire infirmier et les infirmières soignantes, un investissement personnel et un travail de l'infirmière et du gestionnaire sur leurs propres attitudes au travail est indispensable. Il faut que les organisations des établissements de santé mettent en place des moyens pour libérer les gestionnaires des responsabilités administratives secondaires et permettre aux gestionnaires de jouer pleinement leurs rôles clinico-administratifs. La présence du gestionnaire infirmier avec son équipe est à la base des interactions de la confiance.

Références

- Almost, J., & Lashinger, H. S. (2002). Workplace empowerment collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14, 408-420.
- Barber, B. (1983). *The logic and limits of trust*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S. et al. (2001). *Engagement et soins: Les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Benner, P. E. (1995). *De novice à expert: Excellence en soins infirmiers*. Saint-Laurent: Renouveau pédagogique.
- Bhattacharya, R. Deviney T., & Pillutla, M. (1998). A formal model of trust based on outcomes. *The Academy of Management Review*, 23, 459-472.
- Blunsdon, B., & Reed K. (2003). The effects of technical and social conditions on workplace trust. *Journal of Human Resource Management*, 14, 12-27.
- Bond, F. W. & Bunce, D. (2001). Control Mediates Change in a Work Reorganization Interventions for Stress Reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 290-302.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Dion, G., & Vézina, M. (1997). *Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centre hospitalier au Québec*. Rapport de recherche de l'Équipe RIPOST: Recherche sur les Impacts sociaux et psychologiques au travail. Québec: Université Laval.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., et al. (2000). *Les impacts positifs et négatifs du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et infirmiers de l'agglomération de Québec*. Québec : Université Laval et Direction de santé publique de Québec.
- Burke, R. J. (1993). Organizational-Level interventions to reduce occupational stressors. *Work and Stress*, 7, 77-87.

- Butler, J. K., Jr. (1991). Toward understanding and measuring conditions of trust: Evolution of a conditions of trust inventory. *Journal of Management*, 17, 643-663.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: conduct, critique & utilization*. Philadelphia: Saunders.
- Champy, J. (1995). *Reengineering management*. New York: Harper Business.
- Cherry, B. W. (2000). *The antecedents of trust in manager: The subordinate tells the story of time*. Thèse de doctorat inédite, University of Arizona.
- Connelly, L. M., Yoder, L. H., & Williams, D. M. (2003). A qualitative study of charge nurse competencies. *Medsurg Nursing*, 12, 298-305.
- Deutsch, M. (1958). Trust and suspicion. *Journal of Conflict Resolution*, 2, 265-279.
- Farrell, M., George, V., Brukwitzki, G., & Burke, L. (2002). Trust through feedback to the chief nurse executive: Preliminary results of a pilot study to evaluate performance competence, *Nursing Administration Quarterly*, 26, 26-33.
- Firth-Cozens, J. (2004). Organisational trust: The keystone to patient safety. *Quality & Safety in Health Care*, 13, 56-61.
- Frost, T. S., & Maughan, M. R. C. (1978). Some correlates of trust. *The Journal of Psychology*, 9, 103-108.
- Gabarro, J., & Athos, A. G. (1978). *Interpersonal behavior: Communicating and understanding in relationship*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.
- George, C., & Swap, W. C. (1982). Measurement of specific interpersonal trust: Construction and validation of a scale to assess trust in a specific other. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1306-1317.
- Gibb, J. R. (1965). Fear and facade: Defense management. Dans Farson, R. E. (Éd.), *Science and Human Affairs* (pp. 197-214). Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Gibb, J. R. (1972). TORI theory and practice. Dans *The 1972 Annual Handbook for Group Facilitators: University Associates* (pp. 157-161). http://www.geocities.com/toritrust/tori_theory_and_practice.htm.
- Gibb, J. R. (1978). *Trust: A new view of personal and organizational development*. New York: Harper & Row Publishers Inc.

- Golembiewski, R. T., & McConkie M. (1975). The centrality of interpersonal trust in group processes. Dans C. L. Cooper, (Éd), *Theories of Group Processes* (pp. 131-185). New York: John Wiley and Sons .
- Gomez, C., & Rosen, B. (2001). The leader-member exchange as a link between managerial trust and employee empowerment. *Group & Organization Management*, 26, 53-69.
- Govier, T. (1994). Is it a jungle out there? Trust, distrust and the construction of social reality. *Dialogue*, 33, 237-252.
- Grand Larousse*. (2004). Paris: Larousse.
- Hart, K. M., Capps, H. R., Congemi, J. P., & Caillouet, L. M. (1986). Exploring organizational trust and its multiple dimensions: A case study of General Motor. *Organization Development Journal*, 4, 31-39.
- Havens, D. S. (1998). An update on nursing involvement in hospital governance: 1990-1993. *Nursing Economics*, 16, 6-11.
- Heretick, D. M. L. (1984). Trust-Suspicion and gender differences in interpersonal functioning. *Journal of Research in Personality*, 18, 27-40.
- Hippeau, L. (1978). *Essai sur la morale de La Rochefoucauld*. Paris: A.-G. Nizet.
- Hosmer, L. T. (1995). Trust: The connecting link between organizational theory and philosophical ethics. *Academy of Management Journal*, 20, 379-403.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2004). *Base de données des infirmières et infirmiers autorisés: Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2003*. Ottawa: ICIS.
- Jennings, E. E. (1971). *Routes to the executive suite*. New York: McGraw-Hill.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 15, 271-279.
- Karasek, R., & Thorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

- Karasek, R. (1992). Stress prevention through work reorganization: A summary of 19 international case studies. *Conditions of Work Digest: Preventing Stress at Work*, 11, 23-41.
- K rouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Laval: Beauchemin.
- Lafferty, C. L., & Lafferty B. D. (2001). Organizational Trust: An Orientation for the HRD Practitioner. *Academy of Human Resource Development*, 6, 3-10.
- Landsbergis, P. A., & Vivona Vaughan, E. (1995) Evaluation of an occupational stress intervention in a public agency. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 29-48.
- Larzelere, R. E., & Hudson, T. L. (1980). The dyadic trust scale: Toward understanding interpersonal trust in close relationship, *Journal of Marriage and the Family*, 42, 595-604.
- Laschinger, H. K. S., Almost, J., Purdy, N., & Kim, J. (2004). Research leadership. Predictors of nurse managers' health in Canadian restructured healthcare settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17, 88-105.
- Laschinger, H. K. S., & Finegan, J. (2005). Using empowerment to build trust and respect in the workplace: A strategy for addressing the nursing shortage, *Nursing Economics*, 23, 6-13.
- Lavoie-Tremblay, M, Viens, C., & Mayrand Leclerc, M. (2002). L'environnement de travail : Un élément déterminant du bien-être et de la qualité de vie au travail des infirmières. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Cap-Rouge: Presses Inter Universitaires.
- Lemire Rodger, G. (2002). Organisation et gestion des soins : Projection dans l'avenir. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Cap-Rouge: Presses Inter Universitaires.
- Lewicki, R. J., & Bunker, B. B. (1995). Trust in relationships: A model of trust development and decline. Dans B. B. Bunker et J. Z. Rubin ( d.), *Conflict, cooperation and justice: Essays inspired by the work of Morton Deutsch*, (pp. 133-173). San Francisco: Jossey-Bass.

- Lewis, J. D., & Weigert, A. (1985). Trust as a social reality. *Social Forces*, 63, 967-985.
- Lourijzen, E., Houtman, I., Kompier, M., & Grundemann, R. (1999). The Netherlands: A hospital healthy working for health. Dans: Kompier, M., Cooper, C. *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*. New York: Routledge.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and power*. New York: John Wiley and Sons.
- Mathieu, L., & Mayrand Leclerc, M. (2002). Gestionnaires mobilisateurs demandés. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Cap-Rouge: Presses Inter Universitaires.
- Mayer, R. C., Davis J. H., & Schoorman F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20, 709-734.
- Mayrand Leclerc, M. (rédaction). *Environnement psychosocial du travail des chefs d'unité(s) de soins infirmiers de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal: une étude descriptive «EPIC»*. Thèse de doctorat qui sera déposée à la faculté des études supérieures, Université Laval, Québec, Canada. Document inédit.
- Mayrand Leclerc, M. (2002). Les caractéristiques organisationnelles des magnet hospital : Pistes de solutions pour réorganiser le travail des infirmières. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Cap-Rouge: Presses Inter Universitaires.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2002). *The qualitative researcher's companion*. Thousand Oaks : Sage.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Masson & Armand Colin Éditeurs.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1999). *Nouvelles orientations, Direction de la qualité de l'exercice* (2^e éd.). Montréal: Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). *Évolution des effectifs de la profession infirmière au Québec, données au 31 mars 2004*. Montréal: OIIQ.

- Ouimet, G., & Tourigny, L. (1997). Étude du lien entre le leadership transformationnel du personnel infirmier-chef et l'effort supplémentaire du personnel soignant. *Canadian Journal of Nursing Research, 29*, 79-91.
- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive: un modèle et une illustration*. Communication au Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Université de Sherbrooke.
- Parkes, K. R., & Sparkes, T. (1998). *Organizational intervention to reduce work stress: Are they effective? A review of the literature*. Norwich: University of Oxford.
- Peccei, R., & Guest, D. (2002). Trust, exchange and virtuous circles of cooperation: A theoretical and empirical analysis of partnership at work. *The Management Centre Research Papers, 11*, 1-25.
- Peter, E. H., Macfarlane, A. V., & O'Brien-Pallas, L. L. (2004). Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing, 47*, 356-364.
- Porter, L. W., & Lawler, E. E. (1968). *Managerial attitudes and performance*. Homewood: Irwin.
- Rempel, J. K., Holmes, J. G., & Zanna, M. P. (1985). Trust in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*, 95-112.
- Reynolds, S., & Biner, R. B. (1994). Stress management at work: With whom, for whom and to what ends? *British Journal of Guidance and Counselling, 22*, 75-89.
- Riker, W. H. (1974). *Perspectives on social power*. Chicago: Adline Publishing Co.
- Roberts, K. H., & O'Reilly, C. A. (1974). Measuring organizational communication. *Journal of Applied Psychology, 59*, 321-326.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external locus of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*, 1-28.
- Rotter, J. B. (1967). A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality, 35*, 651-665.

- Rotter, J. B. (1971). Generalized expectations for interpersonal trust. *American Psychologist*, 26, 443-452.
- Sabel, C. E. (1993). Studied trust: Building new forms of cooperation in a volatile economy. *Human Relations*, 46, 133-157.
- Smith, C. A. (1995). Human Resource Practices and Policies as Antecedents of Organizational Commitment, Thèse de doctorat. Western University.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1998). *Introduction to qualitative research methods : a guidebook and resource*. New York : J. Wiley.
- Tremblay, M., Guay, P., & Simard, G. (2000). *L'engagement organisationnel et les comportements discrétionnaires: L'influence des pratiques de gestion des ressources humaines*. Montréal: CIRANO.
- Université du Québec en Outaouais. (2005). *Annuaire des cours*. Gatineau : Auteur.
- Viens, C., Hamelin Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M., & Brabant, F. (2005). *Organisation des soins et du travail : Une revue de la littérature pour comprendre et réussir des transformations organisationnelles*. Cap-Rouge: Presses inter-Universitaires.
- Zand, D. E. (1972). Trust and managerial problem solving. *Administrative Science Quarterly*, 17, 229-239.
- Zand, D. E. (1997). *The leadership triad: Knowledge, trust and power*. New York: Oxford University Press.

Appendice A

Inventaire des conditions de la confiance de Butler (1991)

Inventaire des conditions de la confiance de Butler (1991)

Condition	<i>Terme de Butler (1991)</i>	Définition	
1	<i>Disponibilité</i>	<i>Availability</i>	Être présent quand le besoin se présente
2	<i>Compétence</i>	<i>Competence</i>	Connaissances, habiletés, attitudes et jugement nécessaires pour exercer sa profession (OIIQ, 1999)
3	<i>Constance</i>	<i>Consistency</i>	Être sérieux, prédictible et bon jugement
4	<i>Discrétion</i>	<i>Discreetness</i>	Garder les confidences
5	<i>Équité</i>	<i>Fairness</i>	Impartial et équitable
6	<i>Intégrité</i>	<i>Integrity</i>	Honnêteté et fidélité
7	<i>Loyauté</i>	<i>Loyalty</i>	Posséder les motifs pour protéger et avoir comme objectif de donner bonne impression à l'autre personne
8	<i>Ouverture</i>	<i>Openness</i>	Fournir gratuitement des idées et des informations
9	<i>Promesse tenue</i>	<i>Fulfillment</i>	Agir selon ses choix et ses décisions
10	<i>Réceptivité</i>	<i>Receptivity</i>	Ouverture mentale et réceptivité à donner et à recevoir des idées

Appendice B

Guide d'entrevue

La confiance mutuelle: exploration des perceptions des
gestionnaires infirmiers et des infirmières soignantes

Guide d'entrevue semi-dirigée

- Prendre le consentement signé
- Prendre le questionnaire socio-démographique complété

1 min.

Guide des thèmes et questions individuelles:

Mot de bienvenue

2 min.

- Bienvenue et remerciement
- Rappel de l'objectif de la rencontre
- Importance du fait qu'il n'y a pas de mauvaises réponses
- Expliquer les règles de confidentialité et enregistrement

Thème 1 : Définition et critères de la confiance (40 min)

1.1 Comment définissez-vous la confiance?

5 min.

- P. → Vision
- Description
 - Signification
 - Explication
 - Caractéristique

1.2 Selon vous, quels seraient les critères pour affirmer qu'il y a présence de confiance?

15 min.

- 1. Disponibilité= Disposition
- 2. Compétence= Aptitudes, qualifications, connaissances, habiletés
- 3. Consistance= fermeté, fixité, fondement, rigidité, solidité, stabilité
- 4. Discrétion= effacement, modeste, précaution, prudence, réservée, retenue, sagesse, secret, sensible, silence, tact
- 5. Justesse= bien-fondé, bon sens, exactitude, fidélité, impartial, justice, logique, netteté, objectivité, précis, proportionné, raison, régularité, sincère.
- 6. Intégrité= incorruptibilité, intégralité, plénitude, totalité, vrai
- 8. Ouverture= causant, clair, communicatif, compréhensif, cordial, démonstratif, disponible, perspicace, permissif, réceptif, sincère, tolérant
- 9. Promesse réalisée= fait ce qu'il dit, tient parole
- 10. Réceptivité= accessible, pénétrable, proche, sensible

1.3 L'importance est-elle la même pour tous les critères de la confiance?

- Plus de poids
- grande portée
- puissance
- valeur
- considération
- étendue
- force

10 min.

1.4 Pourquoi?

1.5 Quels critères sont les plus importants?

1.6 Pourquoi?

1.7 Quels critères sont les moins importants?

1.8 Pourquoi?

1.9 Quelles sont les qualités du gestionnaire / infirmière à qui on peut avoir confiance?

- P. → attitudes
- caractéristiques
 - étendue
 - attribut
 - manière d'être
 - facultés
 - étendue

5 min.

5 min.

Présentement

1.10 Sans nommer de nom, parlez-moi de votre réseau de confiance?

- P. → catégorie d'emploi
- titre

Thème 2: Importance accordée à la confiance mutuelle 20 minutes

2.1 Parlez-moi de la confiance que vous avez envers votre gestionnaire / vos infirmières?

15 min.

2.2 Parlez-moi du manque de confiance que vous vivez avec votre gestionnaire/ vos infirmières?

2.3 Pourquoi est-il important pour vous d'avoir confiance en votre gestionnaire / vos infirmières?

Expériences passées

2.4 Parlez-moi de la confiance que vous avez eu avec vos gestionnaires / infirmières avant?

5 min.

P. → Avez-vous déjà eu confiance en un gestionnaire / infirmière

Thème 3: Les perceptions de la confiance mutuelle 10 minutes

10 min.

3.1 Parlez-moi de la confiance que votre gestionnaire/vos infirmières ont en vous?

P. → Sentiment de confiance
→ Impression de confiance

3.2 En quels termes les gens vous décrivent lorsqu'ils disent que vous êtes digne de confiance?

Thème : Autre(s) thème (s)

4.1.1 Auriez-vous d'autres thèmes ou commentaires à apporter au sujet de vos perceptions de la confiance mutuelle que vous vivez avec votre gestionnaire / vos infirmières?

5 min.

Fermeture :

- Remerciements (au participant – à l'organisateur)
- Confidentialité des données

2 min.

Appendice C

Approbation du projet clinique

APPROBATION DU PROJET D'INTERVENTION CLINIQUE

Nom : Martine Potvin

Code permanent : POTM04547903

Constituante d'attache : UQO

Première session d'inscription au programme : H-2003

Titre du projet d'intervention: Confiance mutuelle : exploration des perceptions des gestionnaires infirmiers et des infirmières soignantes de centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques.

Résumé du projet d'intervention : Peu d'études en sciences infirmières ont approfondi la confiance entre les infirmières et leur gestionnaire. La littérature sur la confiance est divisée en trois catégories dont l'approche basée sur les connaissances, un phénomène institutionnel où l'on retrouve la confiance organisationnelle (Lewicki & Bunker, 1995). Butler (1991) prend cette approche pour développer une théorie de contenu. Cette théorie, l'inventaire des critères de la confiance, *Conditions of Trust Inventory*, expose les dix conditions multidimensionnelles qui activent et maintiennent la confiance à une personne.

L'objectif du projet est de connaître et comprendre la signification de la confiance mutuelle entre les infirmières soignantes et les gestionnaires dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques (CHSGS) de la région urbaine de l'Outaouais.

Méthodologie : L'intervention consiste en une exploration des perceptions de la confiance mutuelle vécue entre l'infirmière soignante et le gestionnaire infirmier par le biais d'entrevues individuelles. L'intervention augmente le niveau de connaissances sur la signification de la confiance mutuelle entre l'infirmière soignante et le gestionnaire infirmier. De plus, l'intervention amène les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers à réfléchir sur la confiance mutuelle. Les **volontaires** proviennent de deux centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques (CHSGS). Les centres sélectionnés sont le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais (CHVO) et le Centre hospitalier et Centre hospitalier de soins de longue durée (CH-CHSLD) de Papineau. Un total de 12 volontaires prennent part à l'intervention, soit six infirmières soignantes, trois infirmières du CHVO et trois infirmières du CH-CHSLD de Papineau, ainsi que six gestionnaires infirmiers, trois gestionnaires infirmiers du CHVO et trois gestionnaires infirmiers du CH-CHSLD de Papineau. On entend par gestionnaire infirmier de première ligne, l'infirmière gestionnaire travaillant le plus étroitement possible avec les infirmières soignantes. Le **recrutement** des volontaires se déroule par méthode d'échantillonnage randomisée simple. Une lettre d'invitation est remise aux gestionnaires infirmiers et aux infirmières par courrier interne. Les personnes intéressées offrent librement et confidentiellement leur nom en retournant la lettre d'invitation complétée. Par la suite, la pige de trois noms de gestionnaires infirmiers et de trois noms d'infirmières est faite au hasard pour chacun des centres.

Rôles des partenaires : Le rôle des partenaires consiste à fournir à l'étudiante le nombre d'infirmières et de gestionnaires infirmiers pouvant être inclus pour l'intervention. De plus, les partenaires mettront à la disposition de l'étudiante une boîte aux lettres pour le courrier interne et un local de réunion pour exécuter les entrevues individuelles.

Lieu : L'intervention, se déroule dans une salle des pavillons de Hull et/ou de Gatineau du CHVO ainsi qu'au CH du CH-CHSLD de Papineau. Un magnétophone est utilisé durant les entrevues qui sont enregistrées sur bandes sonores.

Instruments de mesure : Un questionnaire sociodémographique permet de recueillir les données comme l'âge, le sexe, le lieu de travail, le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière et/ou à titre de gestionnaire et la durée de travail à la même unité. Un guide d'entrevue inspiré du cadre théorique de Butler (1991) structure l'entrevue semi-dirigée.

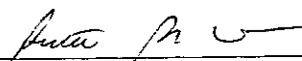
Déroulement des activités : Les entrevues sont d'une durée approximative de 75 minutes, à l'heure convenue avec les participants, dans le CH où ils travaillent.

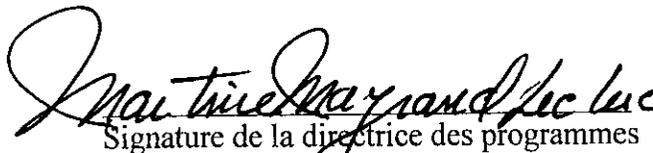
Évaluation des interventions : Les données recueillies lors des entrevues serviront à l'analyse de contenu (Miles et Huberman, 1994). Des analyses descriptives non paramétriques seront effectuées sur les données sociodémographiques, **Considérations éthiques :** Le projet d'intervention présente un risque minimal. Il est évalué scientifiquement par les pairs. L'approbation du comité d'éthique clinique du CHVO ainsi que celle du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (CÉR-UQO) est émise par la suite. Aucun impact négatif n'est attendu lors de l'intervention. Le cas échéant, les volontaires sont dirigés vers les ressources de santé appropriées. De plus, tout volontaire peut à tout moment demander de cesser l'entrevue et se retirer du projet sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.


Signature de l'étudiante ou de l'étudiant


Signature de la personne du milieu CHVO


Signature de la directrice d'essai


Signature de la personne du milieu CH-CHSLD de
Papineau


Signature de la directrice des programmes
de 2^e cycle en Sciences Infirmières

Date : 2004/08/23

Appendice D

Contrat d'intervention avec les milieux

CONTRAT AVEC LES MILIEUX D'INTERVENTION CLINIQUE

Nom : Martine Potvin Code permanent : POTM04547903
(étudiante)

Constituante d'attache : UQO Directrice d'essai : Martine Mayrand Leclerc

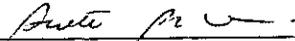
L'étudiante ci-haut nommée s'entend avec le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais (CHVO) représenté par Céline Gendron ainsi que le Centre hospitalier et Centre hospitalier de soins de longue durée de Papineau (CH-CHSLD de Papineau) représenté par Ginette Gingras-Delorme, pour effectuer son projet d'intervention clinique dans ces milieux.

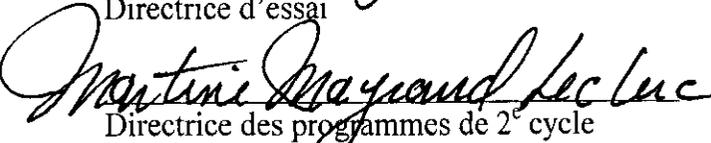
Les modalités ci-jointes du projet doivent être initialisées à chaque page par les soussignées.

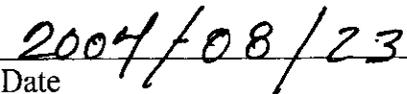

Martine Potvin
Étudiante ou étudiant


Céline Gendron
Responsable du CHVO


Martine Mayrand Leclerc
Directrice d'essai


Ginette Gingras-Delorme
Responsable du CH-CHSLD de Papineau


Directrice des programmes de 2^e cycle
en Sciences infirmières


Date

Appendice E

Choix d'une directrice ou d'un directeur d'essai

CHOIX D'UNE DIRECTRICE OU D'UN DIRECTEUR D'ESSAI

Nom : Martine Potvin

Code permanent : POTM04547903

Constituante d'attache : UQO

Programme : Maîtrise en sciences infirmières

Code du programme : 3565

Première session d'inscription au programme : Hiver-2003

Choix d'une directrice ou d'un directeur d'essai :

Nom : Martine Mayrand-Leclerc

Département: Sciences infirmières

Sujet de projet d'intervention :

La confiance mutuelle : exploration des perceptions des gestionnaires infirmiers et des infirmières soignantes

Signatures :

Martine Potvin
Étudiante ou étudiant

04/04/22
Date

Martine Mayrand-Leclerc
Directrice ou directeur d'essai

04/04/22
Date

Chantal St-Pierre
Directrice ou directeur du programme

04/05/07
Date

Appendice F

Lettres d'invitation

Le 10 octobre 2004
Bonjour,

Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais, sous la direction de Madame Martine Mayrand Leclerc. J'aimerais solliciter votre participation à une intervention qui a pour but d'explorer les perceptions de la confiance mutuelle vécue par les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers² dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques.

Cette intervention prend la forme d'une entrevue, à votre convenance, d'une durée approximative de 75 minutes enregistrée audio, pour les fins d'analyse de données. Cette intervention nécessite la participation de 6 infirmières soignantes et 6 gestionnaires infirmiers.

Il s'agit maintenant de me signaler votre intention de participer ou non à l'intervention. Je vous demande de retourner le formulaire d'intention dans l'enveloppe pré-adressée ci-incluse d'ici le 3 novembre 2004. Le 4 novembre, les personnes qui acceptent de participer et dont le profil correspond aux critères recherchés seront contactées.

Vous serez invités à signer le consentement à participer à la recherche et à compléter le questionnaire des données socio-démographiques.

Sachez que les noms et les données individuelles des participants et participantes ne paraîtront dans aucun rapport. Sachez aussi que vous pourrez vous retirer de cette intervention en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à cette intervention qui s'annonce des plus intéressantes. N'hésitez pas communiquer avec moi si vous avez besoin de plus amples informations ou si vous avez des questions par rapport à votre participation.

Martine Potvin, inf. B. Sc.
Étudiante à la maîtrise de l'UQO
martine.potvin@uqo.ca
595-3900 poste 2352 ou
1-800-567-1283 poste 2352

² Le terme gestionnaire infirmier représente le gestionnaire le plus près des infirmières et englobe l'infirmière chef et l'adjoint au chef de programme.

Le 9 décembre 2004

Bonjour,

Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais, sous la direction de Madame Martine Mayrand Leclerc. J'aimerais solliciter votre participation à une intervention qui a pour but d'explorer les perceptions de la confiance mutuelle vécue par les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers³ dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques.

Cette intervention prend la forme d'une entrevue, à votre convenance, d'une durée approximative de 75 minutes enregistrée audio, pour les fins d'analyse de données. Cette intervention nécessite la participation de 6 infirmières soignantes et 6 gestionnaires infirmiers.

Il s'agit maintenant de me signaler votre intention de participer ou non à l'intervention. Je vous demande de retourner le formulaire d'intention dans l'enveloppe pré-adressée ci-incluse d'ici le 30 décembre 2004. Le 6 janvier 2005, les personnes qui acceptent de participer et dont le profil correspond aux critères recherchés seront contactées.

Vous serez invités à signer le consentement à participer à la recherche et à compléter le questionnaire des données socio-démographiques.

Sachez que les noms et les données individuelles des participants et participantes ne paraîtront dans aucun rapport. Sachez aussi que vous pourrez vous retirer de cette intervention en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à cette intervention qui s'annonce des plus intéressantes. N'hésitez pas communiquer avec moi si vous avez besoin de plus amples informations ou si vous avez des questions par rapport à votre participation.

Martine Potvin, inf. B. Sc.
Étudiante à la maîtrise de l'UQO
martine.potvin@uqo.ca
595-3900 poste 2352 ou
1-800-567-1283 poste 2352

³ Le terme gestionnaire infirmier représente le gestionnaire le plus près des infirmières et englobe

Appendice G

Formulaire d'intérêt de participation



Université du Québec en Outaouais

Intervention sur l'exploration de la confiance mutuelle

Formulaire d'intérêt à participer

Mon nom (lettres moulées s'il vous plaît): _____

Titre d'emploi: _____

Unité (s) de soins (spécifiez la ou les spécialités), services ou programme : _____

Numéro de téléphone : au travail: _____

 à la maison : _____

Oui, j'aimerais que mon nom soit pigé au hasard parmi les volontaires.

Malheureusement, je ne peux pas participer à l'intervention.

Complétez la grille suivante :

Je suis infirmière	1. Oui	2. Non	3. Non applicable
1. Infirmier ou infirmière diplômé(e) et membre en règle de l'OIIQ			
2. Je suis infirmière depuis ____ ans			
3. Infirmière dans un centre hospitalier de soins généraux et/ou spécialisés			
4. Disponible pour participer à une rencontre de 75 minutes			

Je suis gestionnaire	1. Oui	2. Non	3. Non applicable
1. Infirmier ou infirmière diplômé(e) et membre en règle de l'OIIQ			
2. Un gestionnaire infirmier ¹ de soins infirmiers (spécialisés ou non)			
3. Je suis gestionnaire depuis ____ ans			
4. Un gestionnaire dans un centre hospitalier de soins généraux et/ou spécialisés			
5. Disponible pour participer à une rencontre de 75 minutes			

Retournez votre réponse dans l'enveloppe ci-incluse.
Merci pour votre intérêt à cette intervention.

Martine Potvin, inf. B. Sc.
Étudiante à la maîtrise
Université du Québec en Outaouais
martine.potvin@uqo.ca
595-3900 poste 2352
1-800-567-1283 poste 2352

¹ Le terme gestionnaire infirmier représente le gestionnaire le plus près des infirmières et englobe les titre

Appendice H

Lettre d'invitation par courriel pour les gestionnaires

"Potvin, Martine" <martine.potvin@uqo.ca> le 11/01/2005 14:18:54

Pour :
cc :

Objet : Confiance mutuelle:Exploration des perceptions des infirmières
soignantes et des gestionnaires infirmiers

Bonjour,

En décembre dernier, je vous ai fait parvenir une invitation à participer à une intervention qui a pour but d'explorer les perceptions de la confiance mutuelle vécue par les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers[1] dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques.

J'ai reçu au total 22 formulaires d'intérêt à participer. Cependant, aucun formulaire d'intérêt à participer m'a été retourné de la part de gestionnaire infirmier pouvant faire partie de l'intervention. Par ce courriel, je vous invite de nouveau à participer à l'intervention.

Cette intervention prend la forme d'une entrevue, à votre convenance, d'une durée approximative de 75 minutes enregistrée audio, pour les fins d'analyse de données. Cette intervention nécessite la participation de 6 infirmières soignantes et 6 gestionnaires infirmiers.

Il s'agit maintenant de me signaler votre intention de participer ou non à l'intervention. Je vous demande de retourner le formulaire d'intention par courriel.

Vous serez invités à signer le consentement à participer à la recherche et à compléter le questionnaire des données socio-démographiques.

Sachez que les noms et les données individuelles des participants et participantes ne paraîtront dans aucun rapport. Sachez aussi que vous pourrez vous retirer de cette intervention en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à cette intervention qui s'annonce des plus intéressantes. N'hésitez pas communiquer avec moi si vous avez besoin de plus amples informations ou si vous avez des questions par rapport à votre participation.

[1] Le terme gestionnaire infirmier représente le gestionnaire le plus près des infirmières et englobe l'infirmière chef et l'adjoint au chef de programme.

Martine Potvin, inf., B.Sc., M.Sc. (étudiante)
Université du Québec en Outaouais
(819) 595-3900 poste 2352
1-800-567-1283 poste 2352
martine.potvin@uqo.ca

1

Appendice I

Questionnaires socio-démographiques

Confiance mutuelle: exploration des perceptions des gestionnaires infirmiers et des infirmières soignantes Données socio-démographiques des infirmières soignantes
--

SECTION 1 – Informations générales

1. Date d'aujourd'hui : | | 20
2. Quelle est votre date de naissance? |
3. Quel est votre sexe? Encercler votre réponse : 1. Femme 2. Homme

SECTION 2 – Caractéristiques du travail actuel

Les prochaines questions portent sur votre milieu de travail en centre hospitalier de soins généraux et spécifiques

4. Quel est le titre de votre poste actuel? _____
5. Quel est votre statut d'emploi pour cette fonction?
 1. Temps complet permanent (TCP)
 2. Temps complet temporaire ou par intérim (TCT)
 3. Temps partiel régulier (TPR)
 4. Temps partiel occasionnel (TPO)
 5. Autre : spécifiez : _____
6. Quel est votre horaire habituel de travail pour cette fonction?
 1. De jour
 2. De soir
 3. De nuit
 4. Rotation : spécifiez : _____
 5. Autre : spécifiez : _____

7. Depuis combien de mois ou d'année(s) occupez vous votre emploi actuel?

MOIS ANNÉE

8. Depuis le début de votre carrière, combien d'années d'expérience avez-vous dans le réseau de la santé et des services sociaux (ou dans des réseaux similaires dans d'autres provinces) ? _____ années

9. Combien d'employés se rapportent à votre gestionnaire infirmier? Cochez la bonne réponse.

moins de 25 personnes

entre 26 et 49 personnes

entre 50 et 74 personnes

entre 75 et 99 personnes

plus de 100 personnes

je ne sais pas.

10. Depuis combien de temps avez-vous cette personne comme gestionnaire infirmier?

MOIS ANNÉE

Je ne sais pas.

Merci de votre participation,

Remettre ce questionnaire complété lors de votre entrevue.

Confiance mutuelle : exploration des perceptions des gestionnaires infirmiers et des infirmières soignantes
Données socio-démographiques des gestionnaires infirmiers

SECTION 1 – Informations générales

1. Date d'aujourd'hui : | 20
2. Quelle est votre date de naissance?
3. Quel est votre sexe? Encercler votre réponse : 1. Femme 2. Homme

SECTION 2 – Caractéristiques du travail actuel

Les prochaines questions portent sur votre milieu de travail en centre hospitalier de soins généraux et spécifiques

4. Quel est le titre de votre poste actuel? _____
5. Quel est votre statut d'emploi pour cette fonction?
 1. Temps complet permanent (TCP)
 2. Temps complet temporaire ou par intérim (TCT)
 3. Temps partiel régulier (TPR)
 4. Temps partiel occasionnel (TPO)
 5. Autre : spécifiez : _____
6. Quel est votre horaire habituel de travail pour cette fonction?
 6. De jour
 7. De soir
 8. De nuit
 9. Rotation : spécifiez : _____
 10. Autre : spécifiez : _____

7. Depuis combien de mois ou d'année(s) occupez-vous votre emploi actuel?

MOIS ANNÉE

8. Depuis le début de votre carrière, combien d'années d'expérience avez-vous dans le réseau de la santé et des services sociaux (ou dans des réseaux similaires dans d'autres provinces) ? _____ années.

9. En tant que questionnaire, combien d'années d'expérience avez-vous dans le réseau de la santé et des services sociaux (ou dans des réseaux similaires dans d'autres provinces) ? _____ années

10. Combien d'employés se rapportent à vous? Cochez la bonne réponse.

___ moins de 25 personnes

___ entre 26 et 49 personnes

___ entre 50 et 74 personnes

___ entre 75 et 99 personnes

___ plus de 100 personnes.

Merci de votre participation,

Remettre ce questionnaire complété lors de votre entrevue.

Appendice J

Lettre d'approbation du Comité d'éthique de recherche de l'Université du Québec en
Outaouais (CÉR-UQO)



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

Notre référence : projet 335

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

***La confiance mutuelle : exploration des perceptions des gestionnaires infirmiers
et des infirmières soignantes***

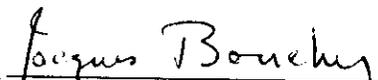
Source de financement: aucune (Maîtrise en sciences infirmières)

et soumis par : Martine Potvin
 Étudiante
 Maîtrise en sciences infirmières
 Université du Québec en Outaouais

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable pour une année à compter de maintenant.

Au nom du Comité,



Jacques Boucher
Membre du Comité d'éthique de la recherche

Le 30 septembre 2004

Date d'émission

Appendice K

Formulaire de consentement du centre régional

Informations et formulaire de contentement

Titre du projet: Confiance mutuelle : exploration des perceptions des gestionnaires infirmiers et des infirmières soignantes de centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques. Une étude descriptive par Martine Potvin inf., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, sous la direction de Martine Mayrand Leclerc inf., Ph. D. (c). Commanditaires: aucun

En tant qu'infirmière soignante ou gestionnaire infirmier, vous êtes invité à participer à ce projet d'intervention :

La nature et les procédés de l'intervention se définissent comme suit :

1. L'intervention a pour but d'explorer les perceptions de la confiance mutuelle vécue par les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers¹ dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques.
2. L'intervention prend la forme d'une entrevue individuelle d'une durée approximative de 75 minutes qui sera enregistrée sur cassettes audio.
3. la participation à l'intervention comprend les éléments suivants :
 - un questionnaire complété avant la rencontre, portant sur les informations socio-démographiques et professionnelles des volontaires et sur leur milieu de travail (10 questions);
 - une entrevue individuelle portant sur les thèmes suivants :
 - la définition et les critères de la confiance ;
 - l'importance accordée à la confiance mutuelle;
 - les perceptions de la confiance mutuelle;
4. La participation à cette intervention fournira une occasion de réfléchir et d'échanger sur les perceptions de la confiance mutuelle vécue entre l'infirmière soignante et le gestionnaire infirmier.
5. Chaque volontaire pourra se retirer de l'intervention en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque. Si un volontaire se retire de l'intervention, les données qui lui sont relatives seront détruites ;
6. Cette intervention ne comporte pas de risque connu pour les volontaires. Cependant, les volontaires peuvent ressentir de l'inconfort ou de la détresse psychologique en faisant le point sur la confiance. L'étudiante est sensible à cet aspect. Elle apportera le soutien nécessaire et guidera les volontaires vers les ressources appropriées.

¹ Le terme gestionnaire infirmier représente le gestionnaire le plus près des infirmières et englobe l'infirmière chef et l'adjoint au chef de programme.

7. En ce qui concerne le caractère confidentiel des renseignements fournis, les mesures suivantes sont prévues :
 - Les noms des volontaires ne paraîtront dans aucun rapport ;
 - Seules l'étudiante (Martine Potvin) et sa directrice (Martine Mayrand Leclerc) auront accès à la liste des noms ;
 - En aucun cas, les résultats individuels des volontaires ne seront communiqués à qui que ce soit ;
 - Les données recueillies ne seront utilisées qu'aux seules fins de la présente intervention ;
 - Les cassettes audio et les renseignements seront conservés sous clés, dans le bureau de l'étudiante, pour une période de cinq années. Le matériel sera détruit par la suite.

8. Les volontaires participants recevront une copie des résultats s'ils le demandent. De plus, l'étudiante présentera les résultats dans leur établissement respectif.

9. L'intervention fera l'objet de publications dans des revues scientifiques et présentations orales.

Si vous avez des questions concernant cette intervention, veuillez vous adresser à Madame Martine Potvin (1-800-567-1283 poste 2352), étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, sous la supervision de Madame Martine Mayrand Leclerc, professeure suppléante au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (1-800-567-1283 poste 2267). Une copie signée du consentement est remise aux volontaires pour consultation ultérieure.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires pour toute question d'ordre éthique, vous pouvez vous référer au président du Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, en communiquant avec la secrétaire au 561-8144 ou au président du comité d'éthique de la recherche de l'UQO, André Durivage, au numéro de téléphone 1-800-567-1283, poste 1781. Si vous êtes insatisfait ou insatisfaite des services reçus, vous pouvez alors porter plainte auprès de la conseillère aux relations avec la clientèle au CHVO, au 595-6057 (Hull) ou 561-8179 (Gatineau).

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet d'intervention et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer l'étudiante ou l'établissement de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Je soussigné(e) consens librement à participer à l'intervention sur la confiance mutuelle.

Lu et signé le

<p>_____ Signature du volontaire</p>	<p>_____ Signature de l'étudiante</p>
--	---

Date d'approbation du comité d'éthique du centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais : 16 novembre 2004
 Valide jusqu'au 16 novembre 2005 numéro d'approbation du comité d'éthique de l'UQO : 335
 Date d'approbation : 30 septembre 2004 valide jusqu'au : 30 septembre 2005

Appendice L

Formulaire de consentement du centre communautaire



Informations et formulaire de contentement

Titre du projet : Confiance mutuelle : exploration des perceptions des gestionnaires infirmiers et des infirmières soignantes de centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques. Une étude descriptive par Martine Potvin inf., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, sous la direction de Martine Mayrand Leclerc inf., Ph. D. (c). Commanditaires: aucun

En tant qu'infirmière soignante ou gestionnaire infirmier, vous êtes invité à participer à ce projet d'intervention :

La nature et les procédés de l'intervention se définissent comme suit :

4. L'intervention a pour but d'explorer les perceptions de la confiance mutuelle vécue par les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers¹ dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques.
5. L'intervention prend la forme d'une entrevue individuelle d'une durée approximative de 75 minutes qui sera enregistrée sur cassettes audio.
6. la participation à l'intervention comprend les éléments suivants :
 - un questionnaire complété avant la rencontre, portant sur les informations socio-démographiques et professionnelles des volontaires et sur leur milieu de travail (10 questions) ;
 - une entrevue individuelle portant sur les thèmes suivants :
 - la définition et les critères de la confiance ;
 - l'importance accordée à la confiance mutuelle ;
 - les perceptions de la confiance mutuelle;
8. La participation à cette intervention fournira une occasion de réfléchir et d'échanger sur les perceptions de la confiance mutuelle vécue entre l'infirmière soignante et le gestionnaire infirmier.
9. Chaque volontaire pourra se retirer de l'intervention en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.
10. Cette intervention ne comporte pas de risque connu pour les volontaires. Cependant, les volontaires peuvent ressentir de l'inconfort ou de la détresse psychologique en faisant le point sur la confiance. L'étudiante est sensible à cet aspect. Elle apportera le soutien nécessaire et guidera les volontaires vers les ressources appropriées.

¹ Le terme gestionnaire infirmier représente le gestionnaire le plus près des infirmières et englobe l'infirmière chef et l'adjoint au chef de programme.



11. En ce qui concerne le caractère confidentiel des renseignements fournis, les mesures suivantes sont prévues :
- Les noms des volontaires ne paraîtront dans aucun rapport ;
 - Seules l'étudiante (Martine Potvin) et sa directrice (Martine Mayrand Leclerc) auront accès à la liste des noms ;
 - En aucun cas, les résultats individuels des volontaires ne seront communiqués à qui que ce soit.
 - Les cassettes audio et les renseignements seront conservés sous clés, dans le bureau de l'étudiante, pour une période de cinq années. Le matériel sera détruit par la suite.
12. Les volontaires participants recevront une copie des résultats s'ils le demandent. De plus, l'étudiante présentera les résultats dans leur établissement respectif.
13. L'intervention fera l'objet de publications dans des revues scientifiques et présentations orales.

Si vous avez des questions concernant cette intervention, veuillez vous adresser à Madame Martine Potvin (1-800-567-1283 poste 2352), étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, sous la supervision de Madame Martine Mayrand Leclerc, professeure suppléante au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (1-800-567-1283 poste 2267). Une copie signée du consentement est remise aux volontaires pour consultation ultérieure.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires pour toute question d'ordre éthique, vous pouvez vous référer au président du comité d'éthique de la recherche de l'UQO, André Durivage, au numéro de téléphone 1-800-567-1283, poste 1781.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet d'intervention et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer l'étudiante ou l'établissement de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Je soussigné(e) consens librement à participer à l'intervention sur la confiance mutuelle.

Lu et signé le _____.

<p>_____</p> <p>Signature du volontaire</p>	<p>_____</p> <p>Signature de l'étudiante</p>
--	---

Date d'approbation du comité d'éthique du centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais : 30 septembre 2004
 Valide jusqu'au 30 septembre 2005
 Date d'approbation : 30 septembre 2004
 numéro d'approbation du comité d'éthique de l'UQO : 335
 valide jusqu'au : 30 septembre 2005

Appendice M

Lettre d'approbation du comité d'éthique du centre régional



CENTRE HOSPITALIER
DES VALLÉES DE L'OUTAOUAIS

DÉCISION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

NUMÉRO DU PROJET : 278-041115 R
TITRE DU PROJET : La confiance mutuelle : exploration des perceptions des gestionnaires infirmiers et des infirmières soignantes
CHERCHEUR PRINCIPAL : Martine Potvin, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières - Université du Québec en Outaouais

DATE RÉUNION DU CER : Le 16 novembre 2004

Présences :

D ^r Robert Archambault, médecin chercheur	membre
M ^{me} Chantal Beauvais, PhD, personne versée en éthique	secrétaire
M ^{me} Chantal Boislard, chef du programme FER	observatrice
M. Yves Dalcourt, pharmacien	vice-président
M. Émile Demers, représentant de la collectivité	membre
M ^{me} Louise Lapierre, chercheuse externe	membre
M ^c Jacques Maziade, personne possédant une expertise juridique	président
M. Hubert Sauvé, représentant de la collectivité	membre

Résumé du projet :

Ce projet de recherche vise à connaître et à comprendre la signification de la confiance mutuelle entre les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région urbaine de l'Outaouais.

Décision :

Les conditions ayant été remplies à la satisfaction du CER, sur proposition de M. Émile Demers, appuyée par M. Hubert Sauvé, il est résolu d'approuver le projet de recherche déposé par M^{me} Martine Potvin, *La confiance mutuelle : exploration des perceptions des gestionnaires infirmiers et des infirmières soignantes*.

Adopté à l'unanimité.

DOCUMENTS APPROUVÉS

- Protocole de recherche révisé le 24 novembre 2004
- Formulaire de consentement en français – version 2, 24 novembre 2004

CONDITIONS PARTICULIÈRES

- Cette autorisation est valide pour un an à partir de la date d'autorisation finale du projet et son renouvellement est conditionnel à la réception par le comité d'éthique de la recherche, d'un rapport d'étape annuel ou d'un rapport final (1^{er} mai 2005). De plus, tout incident et toute

modification au projet initial pouvant survenir en cours de réalisation, doivent être signalés au comité d'éthique de la recherche le plus rapidement possible.

- Transmission des informations au CER pour le Répertoire des participants à des projets de recherche au CHVO.



Chantal Beauvais, PhD
Secrétaire du Comité d'éthique de la recherche

24 nov 2004

Date